Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
На заседании
Учебно-методического совета
«09» сентября 2021 года, протокол №1

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
д.м.н., профессор В.И. Орел

_____

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

_____

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности

31.08.77 «Ортодонтия»

Санкт-Петербург
2021 г.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00E4D6C335B1846EFD292330F966C48C26
Владелец: ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Действителен: с 14.03.2023 до 06.06.2024

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор		А.Г. Климов
(должность, ученое звание, степень)	(подпись)	(расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н.		И.В.Орлова
(должность, ученое звание, степень)	(подпись)	(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;
стоматологии детского возраста и ортодонтии
название кафедры

«31» 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой стоматологии;
стоматологии детского возраста и ортодонтии
название кафедры

Д.м.н., профессор		А.Г. Климов
(должность, ученое звание, степень)	(подпись)	(расшифровка)

Перечень компетенций и этапы их формирования

№	Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	Дескрипторы (в результате изучения дисциплины ординатор должен)		
		знать	уметь	владеть
1.	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу. ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словестно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.
2.	УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия. ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Тенденции культурной универсализации в мировом современном процессе. Культура и природа. Культура и общество. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности.	Регулировать труд медицинских работников. ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста;	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; иностранным языком в объеме, необходимом для возможности получения информации из зарубежных источников.
3.	УК-3 Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики детей, подростков и взрослого человека, психологию личности и малых групп. Объект, предмет, задачи, функции, методы педагогики.	Анализировать и оценивать объекты, предметы, задачи, функции, методы педагогики. Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о педагогике, применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях;	Основными категориями педагогики: образованием, воспитанием, обучением, педагогической деятельностью, педагогическим взаимодействием, педагогической технологей. Медицинской педагогикой. Педагогическими аспектами профессиональной деятельности врача. Обучением больных, медицинского персонала. Обучающием программы в работе с семьей пациента.
4.	ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека,	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью	Базовыми технология-ми преобразования информации Методами изучения

	сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физио-логические, воз-растно-половые и индивидуальные особенности строения и развития орга-низма человека, функциональ-ные системы ор-ганизма челове-ка, их регуляция и саморегуля-ция при воз-действии с внешней средой в норме и при патологических процессах.	Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статис тическую обработку эксперементальных данных. Обосновать необходи-мость клинико-иммунологи-ческого обследования больного.	наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и лечебных мероприя-тий по оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилита-ции и профилактике патологических процессов.
5.	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Проблемы медико-сани-тарной и стома-тологической помощи лицам, связанные с про фредностями;осу ществление специфической и неспецифиче ской профилак-тики инфекци-онных заболе-ваний; принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и соци-альных групп населения.	Уметь анали-зировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на допол-нительное обследование к врачам-специалистам.
6.	ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Основные принципы диагностики, лечения и реабилитации инфекционных больных; показания к реабилитации. Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.	Уметь использовать медицинскую информацию. Дать характеристику биологических препаратов, используемых для лечения. Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных сит.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
7.	ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Теоретические основы информатики, сбор, хранение, поиск, переработка, преобразованиераспростран ение информации в медицинских биологических системах, использование информац. комп. систем.	Использовать информацион ные компьютерные системы в меди-цине и здраво охранении.	Сбором, хранением, поиском, переработкой, преобразованием распространением информации в медицинских и биологических системах.
8.	ПК-5 Готовность к диагностике	Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и	Интерпретировать результаты обследования,	Алгоритмом постановки предварительного

	стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме; клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.	поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз.вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.
9.	ПК-6 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации; особенности работы врача-стоматолога при заключению договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке;	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности участие в иных видах медицинской экспертизы.
10.	ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Методы диагностики, лечения и профилактики ортодонтических заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии человека с ортодонтологической точки зрения.	Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;	Новейшими методами исследования, применяемыми в ортодонтической стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в ортодонтической стоматологии. Современными методами лечения, применяемыми в стоматологии.
11.	ПК-8 Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Виды и методы современной анестезии; способы и методы профилактики послеоперационных осложнений; особенности проведения интенсивной терапии; особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время;	Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области;	Методами инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта для проведения хирургического, хирургического, стоматологического и ортодонтического лечения, устранения возможных осложнений при проведении анестезии у детей и взрослых;
12.	ПК-9	Основные физические	Пользоваться физиотер	Медицинским и

	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функционирования медицинской аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат.радиографии.	певтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных;анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;	стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.
13.	ПК-10 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Учение о здоровье детского и взрослого населения, методах его сохранения; взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родственники»;	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи;	Навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких;
14.	ПК-11 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Современные полиотологичес-кие школы. Гражданское общество, его происхождение и особенности. Политический менеджмент. Государство и право.Мед.право.Права пациентов и медицинских работников. Трудовую дисциплину и ответственность за ее нарушение.	Применять правовые основания управления здравоохранения. Пользоваться основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Регулировать труд медицинских работников. Заключать трудовой договор (контракт).	Медицинским правом, биоэтикой и деонтологией –важными нормативными системами в сфере охраны здоровья граждан. Врачебной тайной. Актуальными проблемами медицины и права.
15.	ПК-12 Готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4;	Конкуренцию, структуру рынка. Оценка результатов стоматологической деятельности. Основы маркетинга.	Организовать мед.помощь населению. Оценивать показ.здоровья населения, бюджетно-страхов. медицину.	Методами планирования, финансирования и экономики здравоохранения. Владеть медицинской статистикой.

	дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика			
16.	ПК-13 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации ЭТАПЫ формирования: семестр 1-4; дисциплины: Ортод, Пед, ОЗЗ, ПА, ПФ, МЧС, СД, СК, МПД, СО, ФвС, Практика	Методы проведения неотложных, реанимационных мероприятий в ЧС, при катастрофах, в мирное и военное время.	Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в ЧС.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагност.илеч. мероприят. по оказ. перв. врачебной пом. при ЧС.

ПАСПОРТ
ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования-программы ординатурыпо специальности

31.08.77«Ортодонтия»

код наименование

№	Контролируемые дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства наименование	Способ контроля
1.	Б1.Б.1 Организация ортодонтической помощи. Основы биомеханики жевательного аппарата.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-18, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-18, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13	- тесты -вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
2.	Б1.Б.2 Основы ортодонтии. Лабораторные и специальные методы диагностики в ортодонтии.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-18, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-18, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13,	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
3.	Б1.Б.3 Лечение и рецидивы зубочелюстных аномалий	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-18, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-18, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13,	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
4.	Б1.Б.4 Работа в зуботехнической лаборатории	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-18, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-18, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
5.	Б1.Б.5 Патологическая физиология	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-18, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
6.	Б1.Б.6 Медицина чрезвычайных ситуаций	ПК-3, ПК-6, ПК-8, ПК-13,	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
7.	Б1.В.ОД.1	ПК-5,ПК-6,ПК-10	- тесты	- тестирование

	Стоматология детская		- вопросы - задачи	- устно - устно
8.	Б1.В.ОД.2 Симуляционный курс	ПК-6,ПК-8	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
9.	Б1.В.ДВ.1 Медицинская психология и деонтология	ПК-6,ПК-10,ПК-11	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
10.	Б1.В.ДВ.2 Стоматология ортопедическая	ПК-5, ПК-6	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
11.	Б1.В.ДВ.3 Физиотерапия в стоматологии	ПК-6, ПК-7, ПК-9	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно
14.	Б2 Практика	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12	- тесты - вопросы - задачи	- тестирование - устно - устно

Матрица компетенций выпускника, формируемых в результате освоения аккредитуемой ОП по специальности 31.08.77 Ортодонтия

Индекс	Наименование учебных циклов, разделов, модулей, практик и ГИА	УК-1	УК-2	УК-3	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12	Промежуточная аттестация	Семестр
Б1.Б	**Базовая часть**																	
Б1.Б.1	Ортодонтия	+			+	+			+	+		+		+	+		1,2,3,4	1,2
Б1.Б.2	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+			+					+	+	+			1
Б1.Б.3	Педагогика	+	+	+									+					2
Б1.Б.4	Микробиология	+																1
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+		2
Б1.В	*Вариативная часть*																	
Б1.В.ОД	*Обязательные дисциплины*																	
Б1.В.ОД.1	Стоматология детская	+			+	+	+		+	+		+						1
Б1.В.ДВ	*Дисциплины по выбору*																	
Б1.В.ДВ.1.1	Стоматология хирургическая	+			+	+			+	+								2
Б1.В.ДВ.1.2	Этика, право и менеджмент в стоматологии	+						+						+	+			2
Б2	**Практики**																	
Б2.1	Производственная практика (Баз)	+			+	+	+		+	+	+	+	+				2,3,4	2,3,4
Б2.2	Производственная практика (Вар)	+			+	+			+	+		+	+				4	4
Б3	**Государственная итоговая аттестация**	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		4

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования- программы ординатурыпо специальности**31.08.77«Ортодонтия»**

Перечень вопросов для проведения устного собеседования

1. История развития стоматологии, вклад отечественных ученых в развитие отечественной стоматологии.
2. Санитарно-гигенические требования к помещению для ортодонтического кабинета (площадь, освещение, высота, покрытие). Оборудование и оснащение ортодонтического кабинета.
3. Организация работы клиники ортодонтии. Ортодонтическая лаборатория. Учет и документация в ортодонтии.
4. Нормальное развитие зубочелюстной системы.
5. Характеристика развития зубочелюстной системы после рождения ребенка.
6. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы.
7. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация.
8. Классификации морфологические, функциональные, этиопатогенетические (Энгля, Симона, Катца, Калвелиса, Бетельмана, Канторовича, Каламкарова, Курляндского, Ильиной-Маркосян, кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ).
9. Современная классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Персин Л.С.). Терминология, применяемая в ортодонтии.
10. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика:заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.
11. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в раннем детском возрасте. Мышечная дисфункция у ребенка. Нарушение миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области.
12. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика:вредные привычки у детей.
13. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в челюстно-лицевой области у ребенка (кариес временных зубов и его осложнения; травма и ее последствия; остеоартроз; остеомиелит).
14. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: нарушение функций дыхания, глотания, речи, жевания.
15. Диагностика в ортодонтии. Клиническое обследование. Опрос ребенка и его родителей. Осмотр рта.
16. Гармоничное развитие зубочелюстной системы.
17. .Клинические методы обследования детей в ортодонтии. История болезни.
18. Методы обследования детей для оценки функционального состояния зубочелюстного аппарата.
19. Методы обследования детей для оценки морфологического состояния зубочелюстного аппарата.
20. Рентгенологические методы обследования детей с зубочелюстными деформациями. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Основные и дополнительные методы диагностики в ортодонтии. Принципы антропометрического исследования гипсовых моделей челюстей.
21. Антропометрические методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. Определение высоты и ширины лица, индекс Изара. Определение формы и типов лица и головы.
22. Ортопантомография челюстей. Рентгенологическая диагностика головы.
23. Методы расшифровки и анализа боковых ТРГ головы.
24. Оценка гармоничности развития зубочелюстной системы по Хазунду. Компьютерная диагностика.
25. Томография височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Расшифровка томограмм ВНЧС.

26. Функциональные методы исследования.
27. Оценка состояния опорных тканей пародонта.
28. Постановка диагноза и составление плана лечения.
29. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Лечебная гимнастика, ортодонтический (аппаратурный), хирургический, ортопедический, сочетанные.
30. Ортодорнтическая терапия. Миогимнастика и массаж как самостоятельное лечение и как вспомогательный метод при лечении ортодонтическими аппаратами. Лечебная физкультура – как метод профилактики.
31. Лечение ортодонтическими аппаратамии. Несъемные аппараты.
32. Лечение ортодонтическим аппаратами. Съемные аппараты.
33. Челюстно –лицевая хирургия при лечении аномалий зубочелюстно – лицевой системы.
34. Протезирование при аномалиях зубочелюстно-лицевой системы у детей и подростков.
35. Устранение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития лица и челюстей.
36. Ортодонтическая помощь при травме зубочелюстной области.
37. Ортодонтические аппараты (классификация, принцип действия).
38. Характеристика аппаратов механического действия.
39. Характеристика аппаратов функционального действия.
40. Характеристика аппаратов функционально –направляющего действия.
41. Характеристика аппаратов комбинированного действия.
42. Дозировка силы в ортодонтических аппаратах. Осложнения при ортодонтическом лечениии.
43. Биомеханика перемещения зубов.
44. Особенности несъемного протезирования в детском возрасте.
45. Особенности съемного протезирования в детском возрасте.
46. Ретенционный период ортодонтического лечения. Ретенционные аппарат, виды ретенции. Сроки ретенционного периода.
47. Диспансеризация детей с зубочелюстными аномалиями. Принципы профилактики зубочелюстных аномалий.
48. Комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий. Виды хирургических вмешательств в возрастном аспекте.
49. Мезиальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
50. Дистальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
51. Вертикальная окклюзия (открытый прикус). Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
52. Глубокая резцовая окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
53. Перекрестная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
54. Диастема у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение в зависимости от вида диастемы и возраста.
55. Дистопия клыков. Этиопатогенез, клиника, лечение.
56. Аномалии положения зубов в вертикальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
57. Аномалии количества зубов. Этиология, клиника, лечение. Нарушение физиологического прорезывания.
58. Тортоаномалия отдельных зубов. Этиология, клиника, лечение.
59. Аномалии положения зубов в сагитальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
60. Аномалии формы и размеров временных и постоянных зубов. Этиология, клиника, лечение.
61. Глубокий прикус. Этиопатогенез, диагностика, профилактика.
62. Открытый прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
63. Мезиальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
64. Дистальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.

65. Перекрестный прикус. Этиопатогенез различных видов перекрестного прикуса, клиника, профилактика.
66. Разновидности ортодонтических аппаратов, показания к их применению.
67. Классификация ортодонтических аппаратов.
68. Морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы под воздействием ортодонтических аппаратов. Силы, применяемые при ортодонтическом лечении.
69. Диагностика сочетанных аномалий окклюзии зубных рядов.
70. Диагностика и лечение аномалий окклюзии в трансверсальном направлении.
71. Диагностика и лечение аномалий челюстей (формы, размеров, расположения).
72. Зубочелюстное протезирование у детей и подростков.
73. Показания к зубному протезированию в различные возрастные периоды.
74. Особенности клиники и лечения детей, подростков и взрослых при адентии.
75. Особенности клиники и лечения при дефектах коронок зубов в результате травмы и последствий кариозного поражения зубов у детей и подростков.
76. Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области.
77. Анатомические и функциональные нарушения у детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
78. Общие принципы ортодонтического лечения детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
79. Зубочелюстное протезирование в системе реабилитации здоровья детей, перенесших обширные костные операции на челюстях.
80. Ортодонтическая и ортопедическая помощь при травме зубочелюстной области.
81. Возможности возникновения рецидива зубочелюстных аномалий и методы профилактики.
82. Рецидивы ортодонтического лечения.
83. Методы профилактики рецидивов аномалий зубочелюстной системы.
84. Показания к применению ретенционных аппаратов.Биологические обоснования к использованию ретенционных аппаратов.
85. Особенности конструкции ретенционных аппаратов.Сроки пользования ретенционными аппаратами.
86. Компьютеризованная история болезни. Применение компьютерной техники при диагностике зубочелюстных аномалий. Компьютеризованная регистратура.
87. Ортодонтические аппараты одно- и двучелюстные, лабораторные этапы изготовления. Восковые шаблоны, определение конструктивного прикуса. Границы базиса съемных ортодонтических аппаратов. Фиксирующие элементы ортодонтических аппаратов. Другие виды фиксации.
88. Механические элементы ортодонтических аппаратов. Пружины для расширения зубного ряда. Ортодонтические винты, виды, варианты постановки. Вестибулярные дуги. Оральные дуги, формирование заслона для языка. Пружины для перемещения зубов. Ортодонтические аппараты механического действия.
89. Функциональные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление. Функционально действующие двучелюстные вестибулярные и вестибуло-оральные аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
90. Функционально-направляющие съемные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
91. Ортодонтические аппараты комбинированного действия, элементы аппаратов, изготовление.
92. Ретенционные аппараты, штампованные каппы, ретейнер Осамо.
93. Лабораторные этапы изготовления съемного пластиночного протеза. Изготовление воскового базиса для постановки зубов. Постановка искусственных зубов.
94. Окончательная моделировка протезного базиса. Гипсовка модели в кювету. Формовка протезных базисов из пластмассы. Выемка протезов из кювет, отделка, шлифование, полирование.
95. Лабораторные этапы изготовления протезов. Рабочий и вспомогательный оттиск.
96. Окклюдатор. Параллелометр.

97. Дефекты зубного ряда. Общие сведения. Ортопедические методы замещения дефектов зубов в различные воозрастные периоды. Классификация дефектов зубных рядов. Классификация дефектов протезов.
98. Артикуляторы. Классификация артикуляторов. Изменения височно-нижнечелюстного сустава в связи с потерей зубов. Диагностика.
99. Замещение дефектов зубного ряда различными видами несъёмных раздвижных мостовидных протезов. Общее понятие, составные элементы, показания.
100. Лабораторные этапы изготовления раздвижных мостовидных протезов.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Кейс-задачидля проведения собеседования

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами. 21 – изменение цвета и истончение эмали на вестибулярной поверхности от режущего края до середины коронки, при зондировании эмаль гладкая, в пигментированном участке – дефект эмали. ИГПР = 2,8.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
4. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.
5. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.

Ребёнок Р., 16 лет, жалуется на кровоточивость десен. В анамнезе – ортодонтическое лечение в течение двух лет. В полости рта: синюшность, отек десневых сосочков и маргинальной десны, деформация десневого края у фронтальных зубов нижней челюсти. Рецессия десны 32. Брекеты на нижних зубах, кроме 32, 43, дуга отсутствует. ИГПР = 3,5.

Задание.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?
2. Назовите причины данной клинической ситуации.
3. Составьте план комплексного лечения ребенка.
4. Какие предметы, средства и методы гигиены полости рта показаны в данной ситуации?
5. Назовите недостатки ортодонтического лечения с применением несъемной аппаратуры.

Вопросы

1.Принцип действия аппаратов Брюкля, Андрезена-Гойпля, Френкеля. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3.

Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

1. Назовите имеющиеся аномалии.
2. Укажите, в какой плоскости классифицируется данная аномалия прикуса.
3. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
4. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?
5. Составьте план комплексного лечения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Родители жалуются на наличие обезображивающего дефекта лица новорождённого ребёнка К., затруднения при вскармливании. Ребёнок родился в срок, вес 3000 г. Из беседы с мамой выяснено, что на 3-ем месяце беременности она переболела ОРВИ, принимала антибиотики. На 6-ом месяце беременности перенесла стресс, была угроза выкидыша.

Задание:

1. Опишите местный стоматологический статус (statuslocalis). Укажите функциональные и анатомические нарушения, имеющие место у данного ребёнка.
2. Поставьте диагноз.
3. Предположите этиологический фактор данного порока.
4. Составьте план комплексной реабилитации ребёнка.
5. В какой помощи нуждается ребёнок в данный момент?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5.

Ребёнок Р., 8 лет, находится на диспансерном наблюдении по поводу врождённой патологии лица. Родители обратились для планирования дальнейшего лечения у ортодонта и хирурга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите выполненные операции.
3. Какие методы диагностики необходимо провести для составления плана лечения?
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. В какие сроки будет планироваться хирургическое лечение?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на затруднения при приёме пищи, нарушение звукопроизношения, нарушение эстетики лица. В полости рта на нижней челюсти справа отсутствуют все зубы, за исключением резцов, альвеолярная часть и тело нижней челюсти. В анамнезе хирургическое лечение.

Задание:

1. Опишите данные внешнего осмотра пациентки.
2. Назовите хирургическое вмешательство, проведённое пациентке.
3. Назовите возможные причины данной операции.
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. Каков прогноз данной клинической ситуации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7.

Пациент С., 16 лет, находится на диспансерном учёте у ортодонта после лечения по поводу аномалии прикуса. Жалобы на кровоточивость десны во время чистки зубов.

Задание:

1. Опишите местный статус.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Сделайте предположения о причинах заболевания.
4. Назовите методы диагностики, которые можно использовать для уточнения диагноза.
5. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8.

Пациент У., 8 лет. Жалобы: на эстетический недостаток, обнажение корня 31, которое постепенно увеличивается в течение 1,5 лет после прорезывания зуба. Объективно: КПУ = 2, ИГПР = 3; РМА = 16%; рецессия десны 31 = 2,5 мм

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Составьте план комплексного лечения.
4. Перечислите составляющие комплекса профессиональной гигиены полости рта.
5. Какие методы лечения применяются для устранения тесного положения зубов у детей?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9.

Пациент Р. 7 лет . Жалобы на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно - нижняя треть лица снижена, наблюдается вертикальная стираемость верхних передних зубов.

Задания:
1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования
4. Какова этиология данной аномалии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10.

Пациент К. 7лет . Жалобы на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно - речь не четкая, дыхание смешанное, выступание нижней челюсти вперед.
Задания:
1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования
4. Какова этиология данной аномалии

Критерии оценки:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» -правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий,большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий,ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Тесты

001. Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является
- а) обращаемость больных в поликлинику
- б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- в) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- д) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
- а) 1 ставка среднего медицинского персонала
- б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
- в) 2 ставки среднего медицинского персонала

г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
д) 3 ставки среднего медицинского персонала

003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
а) 0.5 ставки зубного техника
б) 1 ставка зубного техника
в) 0.25 ставки зубного техника
г) 2 ставки зубного техника
д) 3 ставки зубного техника

004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено
а) 1 ставка младшего медицинского персонала
б) 2 ставки младшего медицинского персонала
в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
а) 1 группу
б) 2 группы
в) 3 группы
г) 4 группы
д) 5 групп

006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
а) в аппаратурном ортодонтическом лечении
б) в борьбе с вредными привычками
в) в нормализации нарушений функций
г) в протезировании
д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей
а) с выраженными зубочелюстными аномалиями
б) с ранней потерей зубов
в) с неправильным положением отдельных зубов
г) с начальной стадией аномалии прикуса
д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать
а) в детских стоматологических поликлиниках
б) в детских садах
в) в школах
г) в детских соматических поликлиниках
д) в специализированных ортодонтических центрах

009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества
а) посещений больных
б) примененных ортодонтических аппаратов
в) вылеченных детей
г) трудовых единиц
д) детей, взятых на ортодонтическое лечение

010. К III диспансерной группе следует отнести детей
а) с выраженными аномалиями прикуса
б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

011. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является
а) нормализация функции глотания
б) нормализация функции дыхания

в) получение положительных результатов:
в исправлении положения зубов, зубных дуг
г) создание эстетического, морфологического
и функционального оптимума
д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

012. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения
а) при получении положительных результатов:
исправления положения зубов
б) при нормализации функции
в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
г) при сформированном правильном постоянном прикусе
д) при улучшении эстетики лица

013. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы
являются
а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
в) профилактика зубочелюстных аномалий
г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
д) все перечисленные задачи

014. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года
в детских поликлиниках следует включить
а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
в) гигиенические навыки
г) устранение вредных привычек
д) все перечисленное

015. В работу воспитателей детских садов в связи
с профилактикой аномалий прикуса следует включить
а) борьбу с вредными привычками
б) правильную осанку
в) тренировку носового дыхания
г) правильное положение головы во время сна
д) все перечисленное

016. К IV диспансерной группе следует отнести детей
а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
в) с выраженными аномалиями прикуса
г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
д) с аномалиями прикуса в начальной стадии

017. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи
а) санитарно-просветительную работу
б) применение ортодонтических аппаратов
в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
г) миотерапию
д) массаж в области отдельных зубов

018. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится
а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
в) в детских садах - воспитателями
г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта

019. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является
а) укрупнение ортодонтических отделений
б) организация ортодонтических диагностических центров
в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
г) укрупнение зуботехнических лабораторий
д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

020. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение
а) в детских соматических поликлиниках
б) в детских стоматологических поликлиниках
в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
г) в хирургических отделениях общих больниц
д) в ортодонтических центрах

021. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
а) в медико-генетической консультации
б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
г) в устранении вредных привычек у беременной женщины
д) во всем перечисленном

022. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
а) устранение вредных привычек
б) пришлифовывание бугров временных зубов
в) нормализацию функции жевания, глотания
г) миотерапию, массаж
д) все перечисленное

023. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
б) миотерапию
в) стандартные вестибулярные пластинки
г) нормализацию функции дыхания
д) устранение вредных привычек сосания языка

024. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
в) на регулирование роста челюстей
г) на назначение ортодонтического аппаратурного лечения
д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

025. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
а) нормализация осанки, положения головы
б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта
в) санация носоглотки
г) упражнения для нормализации положения языка
д) дыхательная гимнастика

026. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
а) сужение зубных рядов
б) мезиальное смещение боковых зубов
в) макродентия
г) чрезмерное развитие одной из челюстей
д) недоразвитие одной из челюстей

027. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
а) сужение зубных рядов
б) укорочение зубных рядов
в) смещение отдельных зубов
г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
д) все перечисленные последствия

028. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
а) сосания пальцев
б) прикусывания губ
в) сосания языка
г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
д) неправильного глотания

029. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
б) роста челюстей
в) устранения вредных привычек
г) нормализации функций зубочелюстной системы
д) всего перечисленного

030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
а) на правильное положение головы и осанки
б) на тренировку носового дыхания
в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
г) на понимание негативных последствий вредных привычек
д) на все перечисленное

031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить
а) нормализацию функции глотания
б) тренировку круговой мышцы рта
в) нормализацию осанки
г) дыхательные упражнения
д) все перечисленное

032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются
а) вредные привычки
б) ротовое дыхание
в) наследственная отягощенность
г) неправильное вскармливание
д) все перечисленное

033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является
а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов
б) укороченная уздечка языка
в) ротовое дыхание
г) инфантильный способ глотания
д) вредная привычка сосания соски

034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно
а) при лечении дистального глубокого прикуса
б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
в) для нормализации функции глотания
г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
д) при лечении глубокого прикуса

035. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
б) макродентия
в) мезиальное смещение боковых зубов
г) уменьшение длины апикального базиса
д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
а) устранение вредных привычек
б) коррекцию мягких тканей
в) удаление отдельных зубов
г) пришлифование бугров отдельных зубов
д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

037. Показанием к применению подбородочной пращи является
а) устранение вредной привычки сосания языка
б) нормализация функции глотания
в) нормализация функции дыхания
г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
д) оптимизация роста верхней челюсти

038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является
а) лечение мезиального прикуса
б) лечение дистального прикуса
в) нормализация функции дыхания
г) лечение вертикальных аномалий прикуса
д) устранение вредной привычки сосания языка

039. Применение соски у детей первого года жизни
а) абсолютно противопоказано
б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
в) показано детям с ротовым дыханием
г) показано постоянное
д) показано ограниченное

040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это
а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
б) нижняя челюсть впереди верхней
в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм
г) любое соотношение челюстей

041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является
а) пластика уздечки языка
б) правильный режим жизни ребенка
в) применение рукавичек
г) правильный способ вскармливания
д) предупреждение и лечение общих заболеваний

042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте

а) до 1 года
б) 1 года
в) 2 лет
г) 3 лет
д) 4-5 лет

043. Понятие медицинской этики определяет
а) понятие о долге врача
б) правовые основы медицинского законодательства
в) вопросы нравственности
г) гражданская позиция
д) понятие коллегиальности

044. Медицинская деонтология - это
а) понятие о долге врача
б) взаимоотношение врача и больного
в) вопросы нравственности
г) понятие коллегиальности
д) правовые основы медицинского законодательства

045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки
а) в 3 года
б) в 6 лет
в) в 9 лет
г) в 12 лет
д) в 15 лет

046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует
а) 2 типа нервной деятельности
б) 3 типа нервной деятельности
в) 4 типа нервной деятельности
г) 5 типов нервной деятельности
д) 6 типов нервной деятельности

047. Психотерапевтическая подготовка больного
перед ортодонтическим лечением
а) необходима всем больным
б) необходима для отдельных больных
в) не нужна
г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
д) необходима после определенного возраста

048. Применять гипнотерапию как способ лечения
стойких вредных привычек у детей
а) необходимо во всех случаях
б) можно только в подростковом возрасте
в) можно у детей со здоровой психикой
г) нельзя
д) можно у детей с нарушенной психикой

049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой
а) необходимо во всех случаях
б) можно только в детском возрасте
в) можно только в подростковом возрасте
г) можно для отдельных больных
д) нельзя

050. Отграничение ротовой полости от носовой происходит
а) на 3-4 неделе беременности
б) на 6-7 неделе беременности
в) на 9-10 неделе беременности
г) на 12-14 неделе беременности
д) на 14-16 неделе беременности

052. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит
а) на 8-9 неделе беременности
б) на 12-16 неделе беременности
в) на 20-24 неделе беременности
г) на 30-32 неделе беременности
д) на 33-40 неделе беременности

053. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан
а) сначала с ростом языка
б) сначала с формированием зачатков временных зубов

в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
г) с сочетанным действием всего перечисленного
д) ни с чем из перечисленного

054. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
а) ортогнатическое
б) ретрогнатическое
в) прогнатическое
г) вариабельное
д) латерогнатическое

055. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания
а) существенная
б) не существенная
в) существенная, но до определенного возраста
г) не имеет значения
д) очень существенная

056. Видами роста челюстных костей являются
а) интерстициальный рост
б) суставной рост
в) суставной и шовный рост
г) суставной, шовный и аппозиционный рост
д) ремоделирующий рост

057. Временные резцы прорезываются
а) в 6-12 месяцев
б) в 12-18 месяцев
в) в 18-24 месяцев
г) в 24-30 месяцев
д) в 34-40 месяцев

058. Временные первые моляры и клыки прорезываются
а) в 6-12 месяцев
б) в 16-20 месяцев
в) в 20-24 месяцев
г) в 28-32 месяцев
д) в 34-40 месяцев

059. Временные клыки прорезываются
а) в 6-12 месяцев
б) в 16-20 месяцев
в) в 20-24 месяцев
г) в 28-30 месяцев
д) в 34-40 месяцев

060. Вторые временные моляры прорезываются
а) в 6-12 месяцев
б) в 16-20 месяцев
в) в 20-24 месяцев
г) в 28-30 месяцев
д) в 34-40 месяцев

061. I физиологическое повышение прикуса происходит
а) в 6-12 месяцев
б) в 16-24 месяцев
в) в 28-30 месяцев
г) в 30-36 месяцев
д) в 40-46 месяцев

062. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является
а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
б) бугровое
в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
д) не существенно

063. Характеристика сформированного временного прикуса
в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов

а) ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов

б) прямой с мезиальной ступенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов

в) дистальный с расположением $\frac{V!V}{V!V}$ в одной плоскости

г) мезиальный с мезиальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов

д) дистальный с дистальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов

064. II физиологическое повышение прикуса происходит
а) в 3-4 года
б) в 6-8 лет
в) в 9-10 лет
г) в 10-12 лет
д) в 12-14 лет

065. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц
на установление постоянных резцов в прикусе
а) проявляется существенно
б) проявляется не существенно
в) не имеет значения
г) проявляется очень существенно
д) проявляется существенно до определенного возраста

066. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
а) только в мезиальном направлении
б) только в буккальном направлении
в) только в окклюзионном направлении
г) во всех трех направлениях
д) в дистальном направлении

067. III физиологическое повышение прикуса происходит
а) в 3-4 года
б) в 6-7 лет
в) в 9-11 лет
г) в 10-12 лет
д) в 12-13 лет

068. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает
а) к 6 месяцам
б) после первого года жизни
в) после второго года жизни
г) после третьего года жизни
д) к 5 годам

069. Срединный небный шов окостеневает
а) после первого года жизни
б) к 6 годам
в) к 14 годам
г) к 18 годам
д) после 20 лет, к 24-25 годам

070. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
а) до 1 года
б) до 1.5-2 лет
в) до 3-6 лет
г) до 7-10 лет
д) в течение всей жизни

071. IV физиологическое повышение прикуса происходит
а) в 3-4 года
б) в 6-7 лет

в) в 9-11 лет
г) в 12-15 лет
д) в 15-18 лет

072. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте
а) 1 года
б) 3-4 лет
в) 5-6 лет
г) 8-10 лет
д) после 10 лет

073. Временный прикус формируется в возрасте
а) до 1 года
б) до 2 лет
в) до 3 лет
г) до 4 лет
д) до 5 лет

074. Временный прикус считается сформированным
а) от 1 года до 3 лет
б) от 3 до 5 лет
в) от 6 до 9 лет
г) от 9 до 11 лет
д) от 11 до 13 лет

075. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту
а) от 1 года до 3 лет
б) от 3 до 6 лет
в) от 6 до 9 лет
г) от 9 до 12 лет
д) от 12 до 15 лет

076. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту
а) от 3 до 6 лет
б) от 6 до 9 лет
в) от 9 до 12 лет
г) от 12 до 15 лет
д) после 15 лет

077. Постоянный прикус формируется в возрасте
а) от 6 до 12 лет
б) от 12 до 15 лет
в) от 15 до 18 лет
г) от 18 до 24 лет
д) после 24 лет

078. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте
а) 3-4 лет
б) 6-12 лет
в) 12-15 лет
г) 15-18 лет
д) 18-24 года

079. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте
а) от 9 до 12 лет
б) от 12 до 15 лет
в) от 15 лет до 21 года
г) от 21 до 24 лет
д) после 25 лет

080. Формирование верхушек корней резцов
и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте
а) 7-8 лет
б) 8-9 лет
в) 9-10 лет
г) 10-11 лет
д) 11-12 лет

081. Формирование верхушек корней первых премоляров завершается в возрасте
а) 11-12 лет
б) 12-13 лет
в) 13-14 лет
г) 14-15 лет
д) 15-16 лет

082. Формирование верхушек корней вторых премоляров завершается в возрасте
а) 11-12 лет
б) 12-13 лет
в) 13-14 лет
г) 14-15 лет
д) 15-16 лет

083. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте
а) 11-12 лет
б) 12-13 лет
в) 13-14 лет
г) 14-15 лет
д) 15-16 лет

084. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте
а) 11-12 лет
б) 12-13 лет
в) 13-14 лет
г) 14-15 лет
д) 15-16 лет

085. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте
а) 9-12 лет
б) 12-15 лет
в) 15-18 лет
г) 18-21 год
д) 21-24 года

086. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике
а) Нансе
б) Герлаха
в) Шварца
г) Фуса
д) Хорошилкиной

087. Площадь неба изучают по методике
а) Коркзаузе
б) Снагиной
в) Хауса
г) Герлаха
д) Шмута

088. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют
а) по методике Мичиганского университета
б) по Миргазизову
в) по Долгополовой
г) по Герлаху
д) по Шварцу

089. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют
а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге
б) по Нансе
в) по Миргазизову
г) по методике Мичиганского университета
д) по данным рентгенографии

090. Рентгенографию кистей рук делают
а) для уточнения сроков окостенения

б) для прогноза роста челюстей
в) для сопоставления костного и зубного возраста
г) для изучения динамики роста организма
д) для выяснения аномалий развития скелета

091. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
а) возможности роста челюстей
б) форму и размер суставных головок
в) характер движения суставов
г) размеры суставной щели
д) форму и размер суставного диска

092. Ортопантограммы челюстей делают
а) для определения количества и расположения зубов
б) для изучения строения лицевого отдела черепа
в) для прогноза роста челюстей
г) для изучения динамики роста челюстей
д) для определения показаний к удалению зубов

093. Методом исследования боковых ТРГ головы является
а) метод Парма
б) метод Шварца
в) метод Шулера
г) метод Паатера
д) метод Колоткова

094. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят
а) для уточнения показаний к удалению зубов
б) для выявления характера морфологической перестройки
в) для лицевого отдела черепа
г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
д) для уточнения костного и зубного возраста

095. На прямых ТРГ головы возможно выявить
а) количество и положение зубов
б) форму и размеры лицевого отдела черепа
в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
г) динамику роста челюстей
д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

096. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить
а) количество и положение зубов
б) асимметрию развития черепа
в) динамику роста челюстей
г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
д) костный возраст

097. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно
а) ускорить расшифровку ТРГ
б) расширить возможности анализа
в) сделать компьютерную диагностику
г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
д) выбрать метод лечения

098. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят
а) в уменьшении лучевой нагрузки
б) в ускорении получения результатов
в) в экономии серебра и химреактивов
г) в получении изображения в позитиве
д) ни в чем из перечисленного

099. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят
а) в ускорении исследования
б) в динамическом изучении
в) в удешевлении всего процесса

г) в уменьшении лучевой нагрузки
д) ни в чем из перечисленного

100. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
а) доэнглевский
б) Энглевский
в) Шварцевский
г) Симоновский
д) все перечисленные периоды

101. Одним из авторов эстетической классификации является
а) Энгль
б) Ильина - Маркосян
в) Симон
г) Шварц
д) Андрезен

102. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
а) Энгль
б) Штернфельд
в) Катц
г) Бетельман
д) Андрезен

103. Одним из авторов краниометрической классификации является
а) Энгль
б) Симон
в) Шварц
г) Курляндский
д) Ильина - Маркосян

104. Одним из авторов этиологической классификации является
а) Энгль
б) Катц
в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
г) Калвелис
д) Курляндский

105. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит
а) характер смыкания зубных рядов
б) этиология зубочелюстных аномалий
в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
г) функциональные нарушения
д) эстетические нарушения

106. Симптоматический диагноз - это
а) установление вида прикуса
б) определение функциональных нарушений
в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
г) эстетические нарушения
д) сопутствующие стоматологические нарушения

107. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
а) на изучении соотношения зубных дуг
б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
д) на уточнении характера эстетических нарушений

108. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
б) определением вида прикуса
в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
г) определением функциональных и эстетических нарушений
д) характеристикой строения лицевого отдела черепа

109. Определение степени тяжести заболевания
   а) достаточно по характеристике диагноза
   б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
   в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
   г) возможно на основании рентгенологических исследований
   д) возможно на основании биометрических исследований

110. Окончательный диагноз устанавливается
а) на основании клинических данных
б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
д) на основании симптоматического, топико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

111. Степень трудности лечения определяют
а) для углубленной качественной характеристики патологии
б) для углубленной количественной характеристики патологии
в) для уточнения плана и прогноза лечения
г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
д) для разработки организационных мероприятий

112. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики
а) Зиберта
б) Айзмана
в) Зиберта - Малыгина
г) Шварца
д) Рубинова

113. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют
а) для определения стоимости лечения
б) для планирования объема и срока лечения
в) для выявления эффективности лечения
г) для уточнения эффективности различных методов лечения
д) для научной организации труда

114. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики
а) Зиберта - Малыгина
б) Малыгина - Белого
в) Айзмана
г) Хорошилкиной
д) Токаревича

115. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно
а) от времени лечения в месяцах
б) от количества посещений больным врача
в) от степени трудности лечения
г) от количества трудовых единиц
д) от комплекса перечисленных факторов

116. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность находятся в следующей зависимости
а) эффективность прямо зависит от степени трудности
б) эффективность обратно зависит от степени трудности
в) эффективность не зависит от степени трудности
г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения
д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов

117. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости
в) не зависят друг от друга
г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений

118. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости

в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
д) не зависят друг от друга

119. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости
в) не зависят друг от друга
г) зависят от удаления отдельных зубов
д) зависят от других причин

120. Методика Малыгина - Белого используется
а) для ортодонтического лечения
б) для хирургического лечения
в) для комплексного лечения
г) для протетического лечения
д) для сочетанного лечения

121. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется
а) таблица Малыгина - Белого
б) ортопланимер
в) таблица Токаревича
г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
д) ничего из перечисленного

122. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является
а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
б) топико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений
в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний
г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
д) описание местных и общих нарушений в организма

123. К аномалии прикуса приводят
а) аномалии положения зубов
б) зубоальвеолярные нарушения
в) зубочелюстные аномалии
г) все перечисленные отклонения

124. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует
а) соотношение зубных дуг
б) положение зубов
в) топография зубов
г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
д) топография челюстей

125. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
а) соотношение зубных дуг
б) топография альвеолярных дуг
в) топография и размеры челюстных костей
г) топография других лицевых костей
д) размер и положение зубов

126. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует
а) соотношение зубных дуг
б) топография альвеолярных дуг
в) топография челюстных дуг
г) топография пограничных костей лицевого отдела черепа
д) топография мозговых костей черепа

127. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
а) размер частей
б) положение частей

в) размер и местоположение частей

128. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет
а) 1 значение
б) 2 значения
в) 3 значения
г) 4 значения
д) 5 и более значений

129. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению имеет
а) 1 значение
б) 2 значения
в) 3 значения
г) 4 значения
д) 5 и более значений

130. Инклинация структуры
а) является самостоятельным нарушением
б) не является самостоятельным нарушением
в) иногда является самостоятельным нарушением
г) является комбинированным, самостоятельным нарушением
д) является комбинированным, несамостоятельным нарушением

131. Динамическое нарушение местоположения характеризует
а) челюсти
б) верхнюю часть лицевого отдела черепа
в) нижнюю часть лицевого отдела черепа
г) зубо-альвеолярные дуги челюстей
д) пограничные кости лицевого скелета

132. "Ключ окклюзии" определяется
а) всегда соотношением шестых зубов
б) всегда соотношением пятых временных зубов
в) всегда соотношением клыков
г) часто соотношением пятых временных зубов
д) иногда соотношением шестых зубов

133. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить
а) размер временных моляров
б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
в) отсутствие трем между зубами
г) наличие трем между временными зубами
д) отсутствие стираемости временных зубов

134. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются
а) в 6 лет
б) в 7-8 лет
в) в 12 лет
г) после 12 лет
д) в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса

135. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить
а) при I физиологическом повышении прикуса
б) при II физиологическом повышении прикуса
в) при III физиологическом повышении прикуса
г) при IV физиологическом повышении прикуса
д) при V физиологическом повышении прикуса

136. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом
а) ортогнатический прикус можно назвать нейтральным
б) нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим
в) нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим
г) при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов
д) при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов

137. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является
а) соотношение всех боковых зубов
б) соотношение передних зубов
в) соотношение первых постоянных моляров
г) соотношение клыков
д) ничего из перечисленного

138. Вид прикуса можно определить по соотношению
а) первых постоянных моляров
б) шестых зубов и клыков
в) шестых сегментных зубных дуг
г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
д) передних зубов

139. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса состоит в нарушении контактов
а) между шестыми зубами
б) между клыками
в) между резцами
г) боковых зубов
д) передних зубов

140. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов
а) шестых зубов по III классу Энгля
б) клыков по III классу Энгля
в) боковых зубов по II классу Энгля
г) передних зубов по I классу Энгля
д) боковых зубов по I классу Энгля

141. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов
а) шестых зубов по III классу Энгля
б) клыков по III классу Энгля
в) боковых зубов по III классу Энгля
г) передних зубов по III классу Энгля
д) боковых зубов по I классу Энгля

142 Прямой прикус характеризуется
а) нарушением контактов боковых зубов
б) нарушением контактов передних зубов
в) нарушением контактов всех зубов
г) укорочением овала верхней зубной дуги
д) укорочением овала нижней зубной дуги

143. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется
а) нарушением контактов боковых зубов
б) нарушением контактов передних зубов
в) нарушением контактов всех зубов
г) укорочением овала нижней зубной дуги
д) укорочением овала верхней зубной дуги

144. Дезокклюзия зубов характеризуется
а) нарушением контактов передних зубов
б) нарушением контактов боковых зубов
в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

145. Глубокий прикус характеризуется
а) нарушением контактов передних зубов
б) нарушением контактов боковых зубов
в) нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
г) отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели

146. Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что
а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

147. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах
а) ±0.5-1 мм
б) ±1.5 мм
в) ±2 мм
г) ±3 мм
д) ±4 мм и более

148. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области передних зубов, является
а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

149. При вестибуло-перекрестном прикусе
а) верхние боковые зубы перекрывают нижние
б) нижние боковые зубы перекрывают верхние
в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах
г) все верхние зубы перекрывают нижние
д) все нижние зубы перекрывают верхние

150. При лингво-перекрестном прикусе
а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние
б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние
в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах
г) все верхние зубы перекрывают нижние
д) все нижние зубы перекрывают верхние

151. "Косой" перекрестный прикус является
а) односторонним вестибуло-перекрестным
б) односторонним лингво-перекрестным
в) двусторонним лингво-перекрестным
г) двусторонним вестибуло-перекрестным
д) двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным

152. Характеристика прикуса дается
а) в одной плоскости
б) в двух плоскостях
в) в трех плоскостях
г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов
д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов

153. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии
а) между зубами
б) лица и зубов
в) лица и верхнего зубного ряда
г) лица и нижнего зубного ряда
д) лица и нижней челюсти

154. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия,

обусловленного нарушением в области боковых зубов

а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

155. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов

а) шестых зубов по I классу Энгля
б) шестых зубов по II классу Энгля
в) шестых зубов по III классу Энгля
г) передних зубов по I классу Энгля
д) передних зубов по II классу Энгля

156. Вид прикуса определяет

а) соотношение отдельных зубов
б) соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя
в) смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии
г) смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии
д) смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

157. Основной задачей ортодонтического лечения является

а) устранение морфологических нарушений
б) устранение функциональных нарушений
в) устранение эстетических нарушений
г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
д) устранение функциональных и эстетических нарушений

158. Тип прикуса человека определяется

а) по характеру соотношения резцов
б) по характеру соотношения клыков
в) по характеру соотношения премоляров
г) по характеру соотношения моляров
д) по нескольким ориентирам

159. Существует

а) 2 типа лица человека
б) 3 типа лица человека
в) 4 типа лица человека
г) 5 типов лица человека
д) более 5 типов лица человека

160. Сагиттальная щель между резцами определяется

а) от вестибулярной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
б) от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
в) от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
г) от язычной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
д) измерить невозможно

161. Вертикальная щель между резцами измеряется

а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних

162. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика

а) Пона
б) Линдера - Харта
в) Коркхауза
г) Снагиной
д) Герлаха

163. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика
а) Пона
б) Герлаха
в) Коркхауза
г) Изара
д) Фуса

164. Выявить мезиальное смещение боковых зубов на диагностических моделях челюстей позволяет методика
а) Пона
б) Шмута
в) Изара
г) Снагиной
д) Фриеля

165. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика
а) Герлаха
б) Коркхауза
в) Хауса
г) Пона
д) Снагиной

166. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует
а) середина межбугровой фиссуры
б) переднее углубление межбугровой фиссуры
в) передний щечный бугор
г) задний щечный бугор
д) небные поверхности

167. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти соответствует
а) середина межбугровой фиссуры
б) переднее углубление межбугровой фиссуры
в) передний щечный бугор
г) задний щечный бугор
д) небные поверхности

168. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует
а) середина межбугровой фиссуры
б) щечный бугор
в) дистальный скат щечного бугра
г) мезиальный скат щечного бугра
д) язычный бугор

169. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует
а) середина межбугровой фиссуры
б) щечный бугор
в) дистальный скат щечного бугра
г) мезиальный скат щечного бугра
д) язычный бугор

170. Ширину лица изучают по методике
а) Фуса
б) Изара
в) Фриеля
г) Нанса
д) Пона

171. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике
а) Шварца
б) Коркхауза
в) Нанса
г) Пона

172. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика
а) Герлаха
б) Нанса
в) Снагиной
г) Пона
д) Фриеля

173. Выявить макродентию позволяет методика
а) Фуса
б) Герлаха
в) Фриеля
г) Хорошилкиной
д) Пона

174. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика
а) Хорошилкиной
б) Пона
в) Хауса
г) Нанса
д) Снагиной

175. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет
а) очень узкое лицо
б) узкое лицо
в) среднее лицо
г) широкое лицо
д) очень широкое лицо

176. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области
а) проекции корней моляров
б) проекции корней премоляров
в) проекции корней клыков
г) собачьих ямок
д) определить невозможно

177. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области
а) проекции корней моляров
б) проекции корней премоляров
в) у десневого края клыков
г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
д) определить невозможно

178. Длина апикального базиса верхней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
а) 6⊥6 до режущего края 1⊥1 по средней линии
б) 6⊥6 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
в) 7⊥7 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
г) 7⊥7 до режущего края 1⊥1
д) определить невозможно

179. Длина апикального базиса нижней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
а) 6⊥6 до режущего края 1⊥1 по средней линии
б) 6⊥6 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
в) 7⊥7 до режущего края 1⊥1 по средней линии
г) 7⊥7 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
д) определить невозможно

180. Длина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
а) 20%
б) 30%
в) 40%
г) 50%
д) 60%

181. Орбитальной плоскости на диагностических моделях соответствует линия,
а) проходящая через вершину резцового сосочка
б) проходящая через задний край резцового сосочка
в) соединяющая точки Фриеля на премолярах
г) проходящая через передний край резцового сосочка
д) соединяющая моляры

182. Орбитальная плоскость в норме проходит через
а) боковые резцы
б) клыки
в) первые премоляры
г) вторые премоляры
д) первые моляры

183. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией
б) ортопантомографией челюстей
в) панорамной рентгенографией
г) телерентгенографией
д) рентгенокинематографией

184. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
а) 20%
б) 30%
в) 40%
г) 50%
д) 60%

185. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
а) перпендикулярно оси снимаемого зуба
б) перпендикулярно рентгеновской пленке
в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
г) параллельно окклюзионной плоскости
д) любым образом

186. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию
а) коронки зуба
б) верхушки корня зуба
в) середины корня зуба
г) 1/3 корня зуба
д) не имеет значения

187. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) вне полости рта неподвижно
в) вне полости рта подвижно
г) любым образом
д) в полости рта подвижно

188. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) вне полости рта неподвижно
в) вне полости рта подвижно
г) в полости рта подвижно
д) любым образом

189. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) в полости рта подвижно
в) вне полости рта неподвижно
г) вне полости рта подвижно
д) любым образом

190. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается
а) в полости рта неподвижно
б) в полости рта подвижно
в) вне полости рта неподвижно
г) вне полости рта подвижно
д) любым образом

191. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии
а) 50 см
б) 1 м
в) 1.5 м
г) 2-3 м
д) 4-5 м

192. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить
а) в краевом смыкании резцов
б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения $\frac{6|6}{6|6}$ по I классу Энгля
в) при привычной окклюзии
г) в состоянии физиологического покоя
д) при любом смыкании челюстей

193. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять
а) жевательные пробы по Рубинову
б) пробу Битнера - Эйшлера
в) пробу Ильиной - Маркосян
г) глотательные пробы
д) любую пробу из перечисленных

194. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять
а) жевательные пробы по Рубинову
б) пробу Битнера - Эйшлера
в) пробу Ильиной - Маркосян
г) глотательные пробы
д) любую пробу из перечисленных

195. Глубину преддверия полости рта измеряют
а) от режущего края резцов до переходной складки
б) от вершины межзубных сосочков до переходной складки
в) от десневого края резцов до переходной складки
г) от экватора резцов до переходной складки
д) любым способом

196. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги
а) припаивают на вестибулярной поверхности
б) припаивают на небной поверхности
в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
г) место припаивания не имеет значения
д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

197. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги
а) припаивают на вестибулярной поверхности

б) припаивают на небной поверхности
в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
г) место припаивания не имеет значения
д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

198. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой
а) можно применять с вертикальной тягой
б) можно применять с горизонтальной тягой
в) можно применять с косой тягой
г) можно применять с любой тягой
д) применять не рекомендуется

199. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте
а) 3-6 лет
б) 6-7 лет
в) 10-11 лет
г) 15-16 лет
д) после 20 лет

200. При ношении бионатора величина разобщения в переднем участке
а) без разобщения
б) составляет 2-3 мм
в) составляет до 5 мм
г) составляет более 5 мм
д) не имеет значения

201. Применение бионатора показано
а) во временном прикусе
б) в раннем смешанном прикусе
в) в позднем смешанном прикусе
г) в постоянном прикусе
д) в любом периоде формирования прикуса

202. Применение регулятора функции I типа показано
а) при дистальном блокирующем прикусе
б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
в) при мезиальном прикусе
г) при перекрестном прикусе
д) при прямом прикусе

203. Применение регулятора функции II типа показано
а) при дистальном блокирующем прикусе
б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
в) при мезиальном прикусе
г) при перекрестном прикусе

204. Применение регулятора функции III типа показано
а) при дистальном блокирующем прикусе
б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
в) при мезиальном прикусе
г) при перекрестном прикусе
д) при открытом прикусе

205. У регулятора функции I типа боковые щиты
а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
д) не имеют существенного значения

206. У регулятора функции II типа боковые щиты
а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
д) не имеют существенного значения

207. У регулятора функции III типа боковые щиты
а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
д) не имеют существенного значения

208. У регулятора функции I типа пелоты
а) изготавливаются в области верхней губы

б) изготавливаются в области нижней губы
в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
г) не применяются
д) применяются в зависимости от возраста ребенка

209. У регулятора функции II типа пелоты
а) изготавливаются в области верхней губы
б) изготавливаются в области нижней губы
в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
г) не применяются
д) применяются в зависимости от возраста ребенка

210. У регулятора функции III типа пелоты
а) изготавливаются в области верхней губы
б) изготавливаются в области нижней губы
в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
г) не применяются
д) применяются в зависимости от возраста ребенка

211. Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является
а) выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля
б) выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
г) выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов
д) отсутствие выдвижения нижней челюсти

212. Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является
а) смещение нижней челюсти назад до соотношения $\frac{6!6}{6!6}$ по I классу Энгля
б) смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
в) максимальное смещение нижней челюсти назад
г) отсутствие смещения нижней челюсти
д) не имеет существенного значения

213. У регулятора функции I типа небный бюгель
а) проходит впереди 5⊥5
б) проходит впереди 6⊥6
в) проходит позади 6⊥6
г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
д) не применяется

214. У регулятора функции III типа небный бюгель
а) проходит впереди 5⊥5
б) проходит впереди 6⊥6
в) проходит позади 6⊥6
г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
д) не применяется

215. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа
а) разным расположением губных пелотов
б) введением небной дуги
в) отсутствием вестибулярной дуги
г) различным расположением небного бюгеля
д) ничем из перечисленного

216. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит
а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы
б) не доходя до основания носа
в) доходя до основания носа
г) выше уровня основания носа
д) вариабельно

217. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит

а) между боковыми резцами и клыками
б) между клыками и первыми премолярами
в) между первыми и вторыми премолярами
г) вариабельно
д) между вторыми премолярами и первыми молярами

218. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит
а) за вторыми премолярами
б) у дистальной поверхности первых верхних моляров
в) у дистальной поверхности первых нижних моляров
г) за последними зубами
д) вариабельно

219. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба
а) проходят на 1/3 коронки зуба
б) проходят на 1/2 коронки зуба
в) доходят до клинической шейки зуба
г) доходят до анатомической шейки зуба
д) не имеет значения

220. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля
а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
б) находится на уровне экватора зуба
в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса

221. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков
а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки
б) находится ближе к дистальной поверхности коронки
в) находится посередине коронки
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса

222. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков
а) находится ниже режущего бугра
б) находится на уровне режущего бугра
в) находится выше уровня режущего бугра
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса

223. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков
а) находится на уровне десневого края
б) не доходит до десневого края на 1/3 высоты коронки
в) находится на уровне проекции 1/3 величины корня
г) находится на уровне проекции 1/2 величины корня
д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки

224. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов
а) находится ближе к медиальной поверхности коронки
б) находится ближе к латеральной поверхности коронки
в) находится посередине коронки
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса

225. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля
а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
в) прилегает к передним и боковым зубам
г) отступает от передних и боковых зубов
д) не имеет значения

226. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля
а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
в) прилегает к передним и боковым зубам
г) отступает от передних и боковых зубов
д) не имеет значения

227. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля
а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
в) прилегает к передним и боковым зубам
г) отступает от передних и боковых зубов
д) не имеет значения

228. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге находится
а) в области боковых резцов
б) у мезиальной поверхности клыков
в) у дистальной поверхности клыков
г) в области первых премоляров
д) в области вторых премоляров

229. Место припаивания крючков или штанг на выскальзывающей вестибулярной дуге находится
а) в области боковых резцов
б) у мезиальной поверхности клыков
в) у дистальной поверхности клыков
г) в области первых премоляров
д) в области вторых премоляров

230. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны
а) проходит у режущего корня
б) проходит посередине кольца
в) проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
г) не имеет значения
д) крючки не припаивают с небной стороны

231. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является
а) дистальный прикус
б) мезиальный прикус
в) глубокий прикус
г) открытый прикус
д) перекрестный прикус

232. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено
а) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
б) на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
в) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
г) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
д) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

233. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется
а) при резком сужении зубного ряда
б) при макродентии
в) для дистального перемещения боковых зубов
г) для поворота зубов по оси
д) для вертикального вытяжения зубов

234. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является
а) укорочение зубной дуги
б) удлинение зубное дуги
в) резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
г) резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
д) мезиальное смещение боковых зубов

235. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности
а) доходит до анатомической шейки зуба
б) доходит до клинической шейки зуба
в) проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
г) доходит до середины коронки зуба
д) не имеет значения

236. Активатор Андрезена - Гойпля относится

а) к механически-действующим аппаратам
б) к функционально-действующим аппаратам
в) к функционально-направляющим аппаратам
г) к внеротовым аппаратам
д) к блоковым аппаратам сочетанного действия

237. Активатор Андрезена - Гойпля действует
а) в сагиттальной плоскости
б) в трансверсальной плоскости
в) в вертикальной плоскости
г) в 3 плоскостях
д) в 2 плоскостях

238. При ношении активатора разобщение в боковых участках составляет
а) 1-2 мм
б) 3-4 мм
в) 5-6 мм
г) до 10 мм
д) разобщение не нужно

239. При определении конструктивного прикуса
для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед
а) на 2-3 мм
б) на 5 мм
в) на 7 мм
г) на 10 мм
д) в краевое смыкание

240. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся
а) в переднем участке нижней челюсти
б) в боковых участках нижней челюсти
в) в переднем участке верхней челюсти
г) в боковых участках верхней челюсти
д) не имеет значение

241. Нижняя граница нижнегубных пелотов
а) проходит выше супраментальной складки
б) проходит на уровне супраментальной складки
в) проходит ниже уровня супраментальной складки
г) не имеет значения
д) зависит от выраженности дистального прикуса

242. При лечении активатором Андрезена - Гойпля нормализуются функции
а) жевания
б) глотания
в) речи
г) все перечисленные
д) дыхания

243. Лечение активатором Андрезена - Гойпля лучше проводить в возрасте
а) 4-5 лет
б) 6-7 лет
в) 9-10 лет
г) 11-12 лет
д) в любом из перечисленных возрастов

244. При гнатической форме мезиального прикуса
удаление зачатков 8⊥8 показано в возрасте
а) 10 лет
б) 12-14 лет
в) 16 лет
г) 18 лет
д) 20 лет

245. После окончания лечения дистального прикуса зачатки 8⊥8
необходимо удалять
а) при нарушении функции дыхания
б) при нарушении функции глотания

в) при адентии 8⊥8
г) при неправильном наклоне осей 8⊥8
д) при недостатке места для 8⊥8

246. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является
а) кариезное разрушение коронок зубов
б) макродентия
в) сагиттальная щель
г) протрузия резцов
д) открытый прикус

247. Показанием к применению бионатора Янсона является
а) резкое сужение верхней челюсти
б) ретрузия передних зубов на верхней челюсти
в) мезиальное смещение боковых зубов
г) протрузия передних зубов на верхней челюсти
д) ретрузия передних зубов на нижней челюсти

248. Особенностью конструктивного прикуса
для изготовления бионатора Янсона является
а) выдвижение нижней челюсти на 3 мм
б) выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля
в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания
верхних и нижних резцов
г) без смещения нижней челюсти
д) не имеет значение

249. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба
надо проводить в течение
а) 3-5 месяцев
б) 1 месяца
в) 8-10 месяцев
г) 1.5-2 лет
д) срок не имеет значения

250. Съемные протезы у детей заменяют
а) каждый год
б) 1 раз в 2 года
в) 1 раз в 3 года
г) 1 раз в 4 года
д) 1 раз в 5 лет

251. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением
нижней челюсти окклюзионные накладки двухчелюстных аппаратов
а) готовят на стороне смещения
б) готовят на противоположной стороне
в) готовят с двух сторон
г) не делают
д) не имеет значения

252. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти
для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса
окклюзионные накладки на боковые зубы должны быть
а) с отпечатками противоположных зубов
б) гладкие
в) окклюзионные накладки не нужны
г) с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие
д) форма не имеет значения

253. Для применения межчелюстной резиновой тяги
для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают
на боковые зубы верхней челюсти
а) на вестибулярной поверхности
б) на небной поверхности
в) на вестибулярной и небной поверхности
г) место припаивания не имеет значения
д) перемещение проводится без крючков

254. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы нижней челюсти
а) на вестибулярной поверхности
б) на язычной поверхности
в) на вестибулярной и язычной поверхности
г) место припаивания не имеет значения
д) перемещение проводится без крючков

255. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера
а) касается пришеечной части зубов верхней челюсти
б) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
в) имеет укороченные границы, но опирается на небо
г) имеет укороченные границы и отходит от свода неба
д) граница не имеет значения

256. Диаметр проволоки для изготовления касательных и направляющих в аппарате Дерихсвайлера должен быть
а) 0.6 мм
б) 0.8 мм
в) 1.0 мм
г) 1.2 мм
д) 1.5 мм

257. Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся
а) к механически действующим аппаратам
б) к функционально-действующим аппаратам
в) к функционально-направляющим аппаратам
г) к аппаратам сочетанного действия
д) к ретенционным аппаратам

258. Аппарат Брюкля действует по принципу
а) орального наклона передних нижних зубов
б) вестибулярного перемещения передних верхних зубов
в) перемещения нижней челюсти назад
г) сочетанного действия
д) сдерживания роста нижней челюсти

259. К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся
а) небные дуги
б) протрагирующие пружины
в) винты
г) боковые щиты
д) кламмеры

260. Использование анатомической ретенции для фиксации съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью
а) кламмеров
б) вестибулярных дуг
в) капп
г) окклюзионных накладок
д) получения качественного оттиска всех анатомических образований зубных рядов и челюстей

261. Адгезия - силы сцепления, возникающие между двумя плотно соприкасающимися увлажненными поверхностями, -
а) улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
б) не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
в) относительно улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
г) имеет место только при фиксации полных съемных протезов
д) не имеет значения

262. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит
а) эффективное перемещение зубов и исправление формы зубных рядов
б) фиксация аппарата за счет активизирования пружин и дуг различных конструкций

в) фиксация аппарата за счет активирования винтов
г) фиксация аппарата за счет противодействия активной и реактивной сил, развиваемых аппаратом
д) недостаточная фиксация аппарата в полости рта, его смещение в процессе действия в более широкую часть зубной дуги, что приводит к удерживанию аппарата языком, нарушению его функции, либо отказа от пользования аппаратом, что удлиняет сроки лечения

263. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают
а) 1 кламмер
б) 2 кламмера
в) 3 кламмера
г) 4 кламмера
д) 5 кламмеров

264. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
а) асимметрично
б) симметрично
в) по диагонали
г) на одноименных жевательных зубах
д) по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата

265. Кламмер состоит
а) из плеча и тела
б) из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется в базисе аппарата
в) из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
г) из плеча, рабочего угла и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
д) из плеча, рабочего угла, тела и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

266. Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности боковых зубов располагают
а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
б) между окклюзионной и средней третью вестибулярной поверхности зуба
в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
г) на границе между средней и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба
д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

267. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
б) на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
г) на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

268. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
б) на границе окклюзионной и средней трети зуба
в) в области средней трети зуба
г) на границе средней и пришеечной трети части
д) в области пришеечной трети части

269. Фиксирующий эффект кламмера достигается
а) правильным прилеганием плеча к коронке зуба
б) правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера
в) правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

г) правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера
д) наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера при правильном изгибании всех перечисленных элементов

270. Кламмеры классифицируются
а) по способу изготовления
б) по диаметру проволоки
в) по способу фиксации в базисе аппарата
г) по технологии изготовления
д) по прилеганию плеча к коронке зуба

271. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
а) круглые
б) пуговчатые
в) кламмеры Адамса
г) ленточные
д) рамочные

272. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
а) рамочные
б) круглые, перекидной Джексона
в) кламмер Адамса, кламмер Шварца
г) все перечисленные
д) некоторые из перечисленных

273. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром
а) 0.6 мм
б) 0.7 мм
в) 0.8 мм
г) 0.9 мм
д) 1.0 мм

274. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке
а) круглый
б) перекидной Джексона
в) Дуйзингса
г) фиксатор Нападова
д) рамочный

275. Круглый кламмер
а) выполняет опорно-удерживающую функцию
б) выполняет удерживающую функцию
в) используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
г) используется для перемещения отдельных зубов или их групп
д) используется для фиксации резиновых лигатур

276. Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать
а) 2 круглых кламмера
б) 3 круглых кламмера
в) 4 круглых кламмера
г) 5 круглых кламмеров
д) 6 и более круглых кламмеров

277. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба является
а) кламмер Дуйзингса
б) рамочный
в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
г) кламмер Шварца
д) кламмер Адамса

278. Заводским путем изготавливают
а) пуговчатые кламмеры

б) крючкообразные кламмеры
в) копьевидные кламмеры
г) кламмеры Адамса
д) все перечисленные кламмеры

279. В зуботехнической лаборатории изготавливают
а) пуговчатые кламмеры
б) кламмеры Шварца, Адамса
в) крючкообразные кламмеры
г) копьевидные кламмеры
д) все перечисленные кламмеры

280. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают
а) на 1 боковой зуб
б) на 2 боковых зуба
в) на группу боковых зубов
г) на группу передних зубов
д) на группу боковых зубов справа и слева

281. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изгибают из проволоки диаметром
а) 0.6 мм
б) 0.7 мм
в) 0.8 мм
г) 0.9 мм
д) 1.0 мм

282. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца
а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгибания
б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки
в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
г) из-за затруднений при их коррекции
д) из-за всех перечисленных причин

283. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса
а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
б) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
в) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
д) из-за его универсальности и эффективности

284. Размер плеча кламмера Адамса соответствует
а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
б) размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
в) высоте коронки опорного зуба
г) размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
д) всем перечисленным размерам

285. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы
а) с целью улучшения их фиксации
б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
в) для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения соседних зубов и их групп
г) с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
д) для многофункционального использования

286. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров является
а) изгибание проволоки пальцами
б) изгибание проволоки крампонными щипцами
в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом

287. Для изгибания фиксирующих отростков кламмера Адамса необходимо определить их высоту по расстоянию
а) от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
б) от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
в) от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
г) от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
д) от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в апроксимальную, до контактного пункта

288. После изгибания плеча и фиксирующих отростков для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо
а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба
б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45° к вестибулярной поверхности зуба

г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба

289. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгибания рабочего угла следует отмечать карандашом
а) на уровне шейки
б) посередине между экватором и шейкой зуба
в) на уровне экватора
г) между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
д) в месте контакта опорного зуба с соседними

290. При припасовывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной контактным поверхностям опорного зуба
а) можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости
б) можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
в) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
г) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
д) тела кламмера должны быть параллельны друг другу

291. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании со съемным ортодонтическим аппаратом и без опасности потерять сталистые свойства проволоки на кламмере Адамса изготавливают
а) крючки на фиксирующем отростке
б) завиток на плече кламмера
в) крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата
г) навитые трубки (по Э.А.Вольскому) на величину горизонтальной части плеча кламмера
д) припаянные трубки от дуги Энгля к горизонтальной части плеч кламмеров

292. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению опорных зубов вследствие
а) конструктивных особенностей их изготовления
б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
д) перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным отростком

293. В процессе лечения пациентов съемными аппаратами с фиксирующими кламмерами Адамса физиологическое мезиальное перемещение
а) происходит
б) не происходит
в) не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
г) происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
д) происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами

294. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром
а) 0.6 мм
б) 0.8 мм
в) 1.0 мм
г) 1.2 мм
д) 1.5 мм

295. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
а) на жевательной поверхности
б) у жевательной поверхности
в) в области экватора

г) в пришеечной части
д) в подъязычной области или вдоль ската неба

296. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
а) у режущего края
б) на небных буграх
в) в пришеечной части
г) в области экватора
д) место прохождения границы не имеет значения

297. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром
а) до 0.6 мм
б) до 0.8 мм
в) до 1.0 мм
г) до 1.2 мм
д) любого размера

298. Граница назубной дуги проходит
а) ближе к режущему краю зуба
б) в области экватора коронки зуба
в) в пришеечной части
г) по вершинам межзубных сосочков
д) место прохождения границы не имеет значения

299. Кламмер состоит
а) из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
б) из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
в) из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
г) из плеча, тела
д) из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата

300. Для наилучшей фиксации аппарата элементы кламмера на зубе следует располагать
а) ближе с окклюзионной поверхности зуба
б) на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба
в) в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором
г) ближе к десневой части коронки зуба
д) место расположения не имеет значения

301. Для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
а) на одной стороне зубного ряда
б) на обеих сторонах зубного ряда
в) симметрично
г) асимметрично
д) по диагонали

302. Рамочный кламмер показано применять
а) в период временного прикуса
б) в период сменного прикуса
в) в период постоянного прикуса
г) в любой из перечисленных периодов
д) при множественной адентии

303. Заводским путем изготавливают кламмеры
а) стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный
б) крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона
в) пуговчатый, крючкообразный, копьеобразный
г) никакие из перечисленных
д) все перечисленные

304. Группу кламмеров с линейным прилеганием плеча к коронке зуба составляют кламмеры
а) крючкообразный, пуговчатый
б) стреловидный Шварца
в) круглый, перекидной Джексона, рамочный
г) Адамса
д) копьевидный, ленточный

305. Для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее универсальны и эффективны кламмеры
а) с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба
б) с линейным прилеганием плеча к коронке зуба
в) с точечным прилеганием плеча к коронке зуба
г) с сочетанным прилеганием
д) с любым прилеганием

306. С целью фиксации съемного ортодонтического аппарата кламмеры Адамса можно изгибать
а) на моляры
б) на резцы
в) на клыки
г) на любые зубы
д) на премоляры

307. Фиксирующие выступы кламмера Адамса должны располагаться
а) в области экватора зуба
б) между экватором и пришеечной частью зуба
в) в пришеечной части зуба
г) у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
д) место расположения не имеет значения

308. При необходимости использования кламмера Адамса для перемещения отдельных зубов следует применять
а) кламмер с одним фиксирующим отростком, с крючком для резиновой тяги, с навитым плечом по Вольскому
б) кламмер с завитком в области плеча, с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой кламмер Адамса
в) кламмеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча, с петлями, изогнутыми на отростках, фиксирующих кламмер в базисе аппарата по типу петель вестибулярной дуги
г) кламмер с двумя фиксирующими отростками
д) все виды кламмеров Адамса

309. Для протрагирующих пружин, перемещающих зуб без поворота по оси, оптимальным является
а) 1 изгиб
б) 2 изгиба
в) 3 изгиба
г) 4 изгиба
д) количество изгибов не имеет значения

310. Рукообразная пружина располагается
а) в плоскости перемещаемого зуба
б) впереди плоскости перемещаемого зуба
в) позади плоскости перемещаемого зуба
г) место расположения не имеет значения
д) перпендикулярно перемещаемому зубу

311. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром
а) 0.6 мм
б) 0.8 мм
в) 1.0 мм
г) 1.2 мм
д) 1.5 мм

312. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром
а) 0.6 мм
б) 0.8 мм
в) 1.0 мм
г) 1.2 мм
д) 1.5 мм

313. Нижняя граница вертикальных упоров для языка проходит

а) на уровне режущих краев резцов верхней челюсти
б) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
в) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
г) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

314. Нижняя граница горизонтальных упоров для языка проходит
а) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
б) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
в) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
г) на уровне десневого края резцов нижней челюсти
д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

315. При дистальном перемещении боковых зубов винт располагается
а) перпендикулярно к перемещенным зубам
б) в куполе неба
в) параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка
г) с противоположный стороны
д) место расположения не имеет значения

316. Назубная часть вестибулярной дуги доходит
а) до дистальной поверхности клыков
б) до дистальной поверхности первых премоляров
в) до латеральной поверхности боковых резцов
г) до латеральной поверхности центральных резцов
д) граница не имеет значения

317. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь
а) П-образную форму
б) U-образную форму
в) У-образную форму
г) полукруглую форму
д) любую форму

318. Высота полукруглых изгибов должна быть
а) 0.5 мм
б) 1 мм
в) 3 мм
г) 5 мм
д) 7 мм

319. Ширина полукруглых изгибов равняется
а) 3 мм
б) 5 мм
в) 7 мм
г) мезиодистальному размеру клыка
д) величине, большей мезиодистального размера клыка

320. Отросток для межчелюстной тяги равен
а) 2 мм
б) 4 мм
в) 6 мм
г) 8 мм
д) 10 мм

321. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги
для дистального перемещения клыка должен охватывать
а) вестибулярную поверхность зуба
б) мезиальную поверхность зуба
в) небную поверхность зуба
г) вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба
д) не имеет значения

322. Отросток для межчелюстной тяги изгибается
а) на назубной части
б) на мезиальном колене изгиба
в) на дистальном колене изгиба
г) на вершине изгиба

д) место изгиба не имеет значения

323. Показанием к применению М-образного изгиба вестибулярной дуги является
а) дистальное перемещение зубов
б) мезиальное перемещение зубов
в) ретрузия зубов
г) вертикальное вытяжение зубов
д) фиксация аппарата

324. Одиночный винт для вестибулярного отклонения резца располагается
а) перпендикулярно к перемещаемому зубу
б) на скате альвеолярного отростка
в) в куполе неба
г) в области моляров
д) параллельно перемещаемым зубам

325. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет
а) 15°
б) 30°
в) 45°
г) 60°
д) величина угла не имеет значения

326. Показания к применению аппарата Брюкля имеются
а) при открытом прикусе
б) при прямом прикусе
в) при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних
г) при глубоком резцовом перекрытии
д) не имеет значения

327. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при дистальном блокирующем прикусе винт располагается
а) в куполе неба
б) на скате альвеолярного отростка неба
в) в переднем участке пластинки
г) место расположения не имеет значения
д) винт не применяется

328. Для дистального перемещения боковых зубов винт располагается
а) в куполе неба
б) перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
в) параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
г) место расположения не имеет значения
д) винт не применяется

329. Аппараты, предназначенные для раскрытия срединного небного шва, относятся
а) к механически действующим аппаратам
б) к функционально-действующим аппаратам
в) к функционально-направляющим аппаратам
г) к аппаратам сочетанного действия
д) к ретенционным аппаратам

330. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при мезиальном прикусе винт располагается
а) в куполе неба
б) на скате альвеолярного отростка неба
в) в переднем участке пластинки
г) место расположения не имеет значения
д) винт не применяется

331. Аппарат Дерихсвайлера имеет
а) 2 опорных коронки
б) 4 опорных коронки
в) 6 опорных коронок
г) 8 опорных коронок
д) количество опорных коронок не имеет значения

332. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является
а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
б) применение вестибулярной пластинки
в) применение метода внушения, гипноза
г) одевание перчатки
д) применение вестибуло-оральной пластинки

333. Методом устранения вредной привычки сосания языка является
а) пластика аномалийной уздечки языка
б) применение вестибулярной пластинки
в) применение вестибуло-оральной пластинки
г) применение пластинки с наклонной плоскостью
д) санация носоглотки

334. Функцию смыкания губ можно нормализовать
а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
в) устранением аномалии прикуса
г) пластикой укороченной уздечки нижней губы
д) тренировкой правильного глотания

335. Методом нормализации функции жевания является
а) исправление аномалий прикуса
б) своевременная санация и протезирование полости рта
в) пластика укороченной уздечки языка
г) пластика укороченной уздечки нижней губы
д) миотерапия для тренировки жевательных мышц

336. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является
а) изготовление съемного протеза
б) рентгенообследование, массаж
в) удаление зубов на противоположной челюсти
г) наблюдение
д) закрытие дефекта за счет соседних зубов

337. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является
а) протезирование - изготовление съемного протеза
б) изготовление несъемного протеза
в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
г) удаление зубов на противоположной челюсти
д) наблюдение

338. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является
а) углубление резцового перекрытия
б) увеличение степени фронтального перекрытия
в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
д) уменьшение высоты нижней части лица

339. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует
а) стимулировать рост верхней челюсти
б) задержать рост нижней челюсти
в) устранить причину, способствующую усугублению патологии
г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
д) пришлифовать бугры отдельных зубов

340. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует
а) стимулировать рост нижней челюсти
б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
в) назначить аппаратурное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
г) задержать рост верхней челюсти
д) устранить причины развития дистального прикуса

341. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует
а) назначить аппаратурное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
б) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

342. При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса в периоде формирования временного прикуса, следует
а) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
б) способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке
в) назначить аппаратурное лечение с целью дезартикуляции прикуса
г) задержать рост челюстных костей в боковых участках
д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

343. Тактикой врача при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является
а) изготовление съемного протеза
б) изготовление несъемного протеза
в) удаление отдельных зубов на противоположной челюсти
г) наблюдение
д) закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

344. Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления прорезывания в возрасте 16 лет является
а) протезирование
б) массаж альвеолярного отростка
в) создание для него места в зубном ряду
г) обнажение коронки клыка или ее части хирургом
д) наблюдение

345. Для нормализации функции дыхания применяется
а) миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
б) пластика укороченной уздечки языка
в) исправление аномалии прикуса
г) применение активатора Андрезена - Гойпля
д) исправление осанки

346. Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является
а) нормализация функции глотания
б) устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
в) устранение вредной привычки сосания языка
г) исправление глубокого прикуса
д) устранение протрузии верхних резцов и расширение верхнего зубного ряда

347. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит
а) затрудненное сосание
б) наличие короткой уздечки языка
в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
г) неправильное соотношение челюстей
д) макроглоссия

348. Показанием к пластике уздечки языка является
а) нарушение глотания
б) нарушение звукопроизношения
в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
г) вредная привычка прокладывать язык между зубами
д) ротовое дыхание

349. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является
а) несмыкание губ
б) укороченная уздечка верхней губы

в) диастема более 8 мм
г) нарушение звукопроизношения
д) низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов

350. Основной задачей ортодонтического лечения является
а) устранение морфологических нарушений
б) устранение функциональных нарушений
в) устранение эстетических нарушений
г) создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе
д) уменьшение степени тяжести патологии

351. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный
а) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
б) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
г) прорезавшийся зуб
д) любой зуб

352. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте
а) до 6 лет
б) до 7 лет
в) до 8 лет
г) до 9 лет
д) до 11 лет

353. Диастему между 1⊥1 и параллельное расположение их продольных осей наиболее часто обуславливает
а) вредная привычка сосания пальца
б) вредная привычка сосания нижней губы
в) адентия 2⊥2
г) ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов
д) одонтома в области верхушек корней резцов

354. Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает
а) сосание большого пальца руки
б) сосание и прикусывание нижней губы
в) ранняя потеря постоянного бокового резца
г) сосание языка
д) укороченная уздечка языка

355. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает
а) адентия 2⊥2
б) ранняя потеря 2⊥2
в) небное положение 2⊥2
г) наличие одонтомы в области корней 1⊥1 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба
д) все перечисленное

356. Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является
а) сужение зубного ряда
б) индивидуальная макродонтия
в) абсолютная макродонтия
г) ранняя потеря отдельных временных зубов и мезиальное смещение позади расположенных зубов
д) любая из перечисленных причин

357. Для мезиального наклона осей 1⊥1 и устранения диастемы применяют
а) пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком

б) пластинку с пружинами двойной тяги
в) пластинку с двумя вестибулярными дугами
г) пластинку со скользящими элементами, навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой
д) любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов

358. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано
а) Эджуайз-техника
б) кольца с вертикальными штангами
в) пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
г) аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами
д) кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

359. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов
а) компактостеотомия
б) электростимуляция
в) массаж
г) вакуумная терапия
д) вибро-вакуумная терапия

360. Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти являются
а) сверхкомплектный зуб на пути прорезывания
б) резкое нарушение формы коронки и корня
в) раннее завершение формирования верхушки корня
г) травматическое повреждение
д) все перечисленные причины

361. Основной причиной открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является
а) сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть
б) сосание языка
в) неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"
г) неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"
д) неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"

362. Причинами открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов только нижней челюсти, являются
а) резкое укорочение уздечки языка
б) сосание большого пальца руки
в) сосание нижней губы
г) прикусывание ручки, карандаша
д) все перечисленные причины

363. Причиной, вызывающей открытый прикус, является
а) вредная привычка сосания пальцев
б) резко выраженный рахит
в) заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм
г) укороченная уздечка языка или уздечка, прикрепленная близко к кончику языка
д) любая из перечисленных причин

364. К физиологическому можно отнести
а) ортогнатический прикус
б) прямой прикус
в) опистогнатический прикус
г) физиологический дистальный или мезиальный прикус
д) все перечисленные виды прикуса

365. Физиологическим может быть
а) дистальный прикус
б) мезиальный прикус
в) глубокое резцовое перекрытие

г) прямой прикус
д) любой из перечисленных видов прикуса

366. Расширения не только зубного ряда,
но и его апикального базиса достигают с помощью
а) аппарата Энгля
б) расширяющей пластинки с винтом
в) расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера
г) регулятора функций Френкеля
д) любого из перечисленных аппаратов

367. Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан
в возрасте
а) от 3 до 4 лет
б) от 4 до 5.5 лет
в) от 5.5 до 7 лет
г) от 9 до 10 лет
д) в любом из перечисленных возрастов

368. Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек
наиболее показан в возрасте
а) от 9 до 9.5 лет
б) от 9.5 до 10 лет
в) от 11 до 13 лет
г) от 13 до 15 лет
д) 15 лет и старше

369. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,
способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются
а) небный бюгель
б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
в) вестибулярная дуга в области верхних передних зубов
г) щечные пелоты
д) нижнегубные пелоты

370. Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа,
способствующей торможению роста верхней челюсти, является
а) небный бюгель
б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
в) вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти
г) концы небного бюгеля в виде стопоров
д) все перечисленное

371. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,
способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются
а) нижнегубные пелоты
б) боковые щиты
в) лингвальная дуга
г) лингвальный пелот с пружинами
в области переднего участка нижней челюсти
д) все перечисленные детали

372. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа,
отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются
а) небный бюгель и его концы и виде стопора
б) небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
в) боковые щиты в области зубов
и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти
г) нижнегубные пелоты и проволочные элементы,
соединяющие их между собой и с боковыми щитами
д) все перечисленные детали

373. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа,
способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются
а) небный бюгель,
расположенный позади последних моляров верхней челюсти
б) верхнегубные пелоты
в) гладкая поверхность окклюзионных накладок

на боковые зубы верхней челюсти

г) боковые щиты,
не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти

д) все перечисленные детали

374. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими торможению роста нижней челюсти, являются

а) вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда

б) боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов и альвеолярного отростка нижней челюсти

в) окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти

г) металлические скобы на последние моляры нижней челюсти

д) все перечисленные детали

375. При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа устранение мезиального прикуса затрудняет

а) наличие окклюзионных накладок
на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти

б) расположение верхнегубных пелотов
на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка

в) расположение верхнегубных пелотов
на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка

г) соприкосновение концов небной протрузионной дуги
с зубами верхней челюсти

д) все перечисленное

376. Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 3-3.5 мм

377. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

378. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

379. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

380. Удаление IV⊥IV вместе с зачатками IV⊥IV на верхней челюсти $\frac{6|6}{6|6}$ $\frac{3|3}{3|3}$ (при дистальном соотношении и в прикусе) показано

а) при тесном положении резцов верхней челюсти,
их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х
в зубной дуге на половину ширины коронки и более

б) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти

в) при значительном мезиальном смещении боковых зубов
верхней челюсти

г) при всех перечисленных нарушениях

д) удаление не показано

381. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров на обеих челюстях показано при следующих нарушениях нейтрального прикуса
а) при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм
б) при индексе фасциальном морфологическом более 104
в) при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
г) при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
д) при всех нарушениях

382. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано
а) при тесном положении передних зубов на нижней челюсти и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более
б) при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти по отношению к плоскости ее основания или ретрузии в пределах до 7°
в) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти
г) при значительном мезиальном смещении боковых зубов нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов
д) при всех перечисленных нарушениях

383. Метод Хотца показан к применению
а) при плохом гигиеническом состоянии полости рта
б) при отсутствии хороших зуботехнических условий
в) при макродентии
г) при наличии сверхкомплектных зубов
д) при наличии ретинированных зубов

384. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте
а) 6-7 лет
б) 8-9 лет
в) 10-11 лет
г) 12-13 лет
д) в любом возрасте

385. Поворот по оси резцов исправляют с помощью следующих одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов
а) пластинки с секторальным распилом
б) пластинки с накусочной плоскостью
в) пластинки с протрагирующими пружинами
г) пластинки с рукообразными пружинами
д) пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

386. Под физиологической асимметрией подразумевается
а) одностороннее сужение зубного ряда
б) одностороннее расширение зубного ряда
в) одновременное сужение зубного ряда с одной стороны и расширение дуги с другой
г) неравномерное сужение зубного ряда
д) все перечисленное

387. При выборе показаний к применению расширяющих аппаратов с винтом ведущим является
а) недостаток места для имеющихся зубов
б) мезиальное смещение боковых зубов
в) уменьшение ширины зубного ряда
г) уменьшение переднего отрезка зубной дуги
д) все перечисленное

388. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти является
а) привычка сосать палец

б) привычка прикусывать верхнюю губу
в) неправильное глотание
г) ротовое дыхание
д) все перечисленное

389. Ведущим признаком сужения зубных рядов является
а) уменьшение ширины зубного ряда
б) уплощение фронтального участка
в) тесное положение зубов
г) увеличение фронтального участка
д) все перечисленное

390. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате
а) изменения расположения зубов
б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов
в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов
г) всего перечисленного
д) множественной потери зубов

391. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области
а) 76⊥67 зубов
б) 21⊥12 зубов
в) 21┬12 зубов
г) всех зубов верхней и нижней челюсти
д) воспаление не наблюдается

392. Формированию глубокого прикуса способствуют
а) нарушение функции дыхания
б) нарушение функции глотания
в) нарушение функции смыкания губ
г) парафункции жевательных и мимических мышц
д) все перечисленные функциональные нарушения

393. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса
а) имеют значение
б) не имеют значения
в) имеют ограниченное значение
г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей
д) имеют значение при наличии у родителей

394. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании
а) клинического обследования пациентов
б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования
в) изучения боковых ТРГ головы
г) изучения диагностических моделей челюстей
д) изучения фотографии лица

395. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют
а) абсолютная макродентия
б) нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица
в) нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом
г) микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними
д) все перечисленные нарушения размеров зубов

396. На формирование глубокого прикуса влияет
а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда

б) несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов
в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов
г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов
д) ничего из перечисленного

397. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов
а) уменьшение количества зубов не влияет
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти
в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

398. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов
а) уменьшение количества зубов не влияет
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

399. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов
а) уменьшение количества зубов не влияет
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

400. На формирование глубокого прикуса
а) смещение нижней челюсти влияет
б) смещение нижней челюсти не влияет
в) смещение нижней челюсти влияет частично
г) влияет смещение нижней челюсти вперед
д) влияет смещение нижней челюсти в сторону

401. Выраженность дентальных бугров верхних резцов
а) влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
б) не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
в) влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
г) является одной из основных причин формирования патологии
д) имеет очень существенное значение

402. Укороченная уздечка
а) способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
б) приводит к сужению верхней зубной дуги
в) обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
г) способствует лингвальному наклону 21┬12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
д) не влияет на формирование глубокого прикуса

403. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении
а) протрузия верхних резцов
б) протрузия нижних резцов
в) ретрузия верхних резцов
г) ретрузия верхних и нижних резцов
д) протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних

404. При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует
а) укорочение обоих зубных рядов
б) укорочение одного зубного ряда

в) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
г) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
д) ранняя потеря зубов

405. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом
а) равномерное сужение зубных дуг между 4⊥4 и 6⊥6
б) большее сужение верхней зубной дуги в области 4⊥4 и 6⊥6
в) большее сужение нижней зубной дуги в области 4⊥4 и 6⊥6
г) большее сужение нижней зубной дуги в области 4⊥4 и 3⊥3
д) сужение в области 3⊥3

406. На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом
а) не влияет
б) уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях
в) увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками при ее нормальной ширине между нижними клыками
г) нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками и уменьшение этого размера на нижней челюсти
д) увеличение ширины между клыками на обеих челюстях

407. Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости от вестибуло-орального расположения 1⊥1 больше всего изменяются при следующих нарушениях
а) не изменяются
б) укорочение зубных рядов при нормальном расположении 1⊥1
в) укорочение зубных рядов при ретрузии 1⊥1
г) нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии 1⊥1
д) удлинение зубных рядов при протрузии 1⊥1

408. Для определения особенностей строения лицевого скелета при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие
а) расположение зубов
б) расположение челюстей
в) расположение апикальных базисов
г) вертикальные размеры лицевого скелета
д) все перечисленное

409. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета
а) нейтральный
б) горизонтальный
в) вертикальный
г) любой из перечисленных
д) чрезмерный горизонтальный

410. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается
а) в области зубных рядов
б) в области апикальных базисов
в) в гнатической области
г) в краниальной области
д) в целом

411. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета
а) благоприятный
б) неблагоприятный
в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия
г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей
д) не имеет значения

412. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета
а) благоприятный

б) неблагоприятный
в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия
г) благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса
д) не имеет значения

413. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают
а) возраст
б) период формирования прикуса
в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)
г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета
д) все перечисленные факторы

414. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются
а) в исправлении формы зубных дуг
б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов
г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти

415. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно
а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет
в) в периоде постоянного прикуса
г) во всех периодах физиологического прикуса
д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

416. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются
а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
б) санация носоглотки
в) устранение функциональных нарушений
г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
д) все перечисленные мероприятия

417. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо
а) устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей
б) лечение ортодонтическими аппаратами
в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов
г) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
д) создание множественных контактов между зубными рядами

418. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов проводится
а) в период временного прикуса
б) в начальном периоде смешанного прикуса
в) в конечном периоде смешанного прикуса
г) в начальном периоде постоянного прикуса
д) в различных периодах формирования прикуса

419. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании
а) клинического обследования
б) изучения диагностических моделей челюстей
в) определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений

г) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
д) всех перечисленных методов исследования

420. Удаление отдельных зубов необходимо
а) при I степени трудности лечения
б) при II степени трудности лечения
в) при III степени трудности лечения
г) при IV степени трудности лечения
д) вне зависимости от степени трудности лечения с учетом индивидуальных особенностей морфологического строения зубочелюстной системы

421. В процессе лечения пациентов с глубоким прикусом можно удалить
а) 1 зуб
б) 2 зуба
в) 3 зуба
г) 4 зуба
д) от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений и их выраженности

422. Показания к удалению отдельных зубов расширяют
а) при III и IV степенях трудности лечения
б) при макродентии
в) при адентии и стойкой ретенции отдельных зубов
г) в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии верхней
д) при всех перечисленных нарушениях

423. В процессе лечения нейтрального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
а) на верхней челюсти
б) на нижней челюсти
в) на верхней и нижней челюстях
г) большее количество зубов на верхней челюсти и меньшее - на нижней
д) зубы не удаляют

424. В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
а) на верхней челюсти
б) на нижней челюсти
в) на верхней и нижней челюстях
г) преимущественно только на верхней челюсти
д) зубы не удаляют

425. При решении вопроса о необходимости удаления отдельных зубов при планировании метода лечения у пациентов с глубоким прикусом и незначительными морфологическими и функциональными нарушениями (I и II степени их выраженности) следует учитывать
а) сужение зубных рядов
б) удлинение или укорочение зубных рядов
в) наличие тесного расположения передних зубов
г) наличие или отсутствие зачатков третьих моляров
д) все перечисленные нарушения

426. При лечении глубокого прикуса удаляют
а) симметрично расположенные зубы
б) асимметрично расположенные зубы
в) одноименные зубы
г) разноименные зубы
д) различные зубы с учетом конкретных особенностей морфологического строения зубных рядов и их соотношения

427. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения
а) в периоде временного прикуса
б) в начальном периоде смешанного прикуса
в) в конечном периоде смешанного прикуса
г) в периоде постоянного прикуса

д) во всех периодах формирования прикуса

428. Для лечения глубокого прикуса пациентов
в период временного и начальном периоде смешанного прикусов
наиболее эффективными аппаратами являются
а) несъемные
б) съемные одночелюстные
в) механически-действующие
г) функционально-действующие
д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой

429. Для лечения глубокого прикуса у пациентов
в конечном периоде смешанного прикуса
наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
а) съемные одночелюстные
б) несъемные
в) съемные ортодонтические аппараты
(механически и функционально-действующие)
в сочетании с несъемными
г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций,
включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
д) все перечисленные ортодонтические аппараты

430. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета
особенностями лечения глубокого прикуса является
а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
в) мезиальное перемещение боковых зубов
г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов
и ограничение прорезывания нижних передних зубов
д) дистальное перемещение боковых зубов

431. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета
особенностями лечения глубокого прикуса является
а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов
и ограничение прорезывания нижних передних зубов
б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
в) дистальное перемещение боковых зубов
г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов
и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
д) мезиальное перемещение боковых зубов
с одновременной интрузией резцов

432. Большое количество рецидивов после окончания лечения
глубокого прикуса обусловлено
а) горизонтальным типом роста лицевого скелета
б) нарушением режуще-бугровых контактов
в переднем участке зубных дуг вследствие
изменения вестибуло-орального расположения резцов
в) укорочением зубных дуг в результате физиологического
мезиального перемещения боковых зубов
г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов,
клыков и премоляров
д) всеми перечисленными нарушениями

433. Рецидиву глубокого прикуса способствует
а) неправильный метод лечения
б) неустраненные функциональные нарушения
в) кариезное разрушение и удаление зубов
г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
д) все перечисленное

434. Глубокий прикус относится
а) к сагиттальным аномалиям
б) к трансверсальным аномалиям
в) к вертикальным аномалиям
г) к сочетанным нарушениям
д) к физиологическому типу прикуса

435. Глубина резцового перекрытия считается нормальной
а) на 1/3 нижнего резца
б) на 1/2 нижнего резца
в) на 2/3 нижнего резца
г) на величину коронки резца
д) при краевом смыкании

436. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области
а) боковых зубов на верхней челюсти
б) боковых зубов на нижней челюсти
в) передних зубов на верхней челюсти
г) передних зубов на нижней челюсти
д) воспаление не наблюдается

437. Физиологическим прикусом является прикус, при котором
а) обеспечивается морфологический оптимум
б) обеспечивается эстетический оптимум
в) обеспечивается функциональный оптимум
г) обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум
д) имеет место привычное смыкание зубных рядов

438. К физиологическому прикусу можно отнести
а) дистальный прикус
б) мезиальный прикус
в) глубокий прикус
г) прямой прикус
д) все перечисленные прикусы

439. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинки
а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
д) с небной дугой

440. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты
а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
в) направляющие коронки Катца
г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
д) открытый активатор

441. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты
а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов, и секторальным распилом
в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
г) аппарат Брюкля для нижней челюсти

д) коронки Катца

442. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано
а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
б) аппарат Брюкля для нижней челюсти
в) аппарат Энгля для верхней челюсти
г) направляющие коронки Катца
д) открытый активатор

443. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано
а) аппарат Брюкля
б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
в) каппа на нижние передние зубы
г) направляющие коронки Катца
д) открытый активатор

444. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать
а) направляющим коронкам Катца
б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
в) аппарату Брюкля
г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
д) открытому активатору

445. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является
а) бионатор Бальтерса III типа
б) аппарат Башаровой
в) аппарат Брюкля
г) активатор Андрезена - Гойпля
д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом

446. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам
а) направляющим коронкам Катца
б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
в) каппе Шварца
г) аппарату Гашимова
д) открытому активатору

447. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан
а) бионатор Бальтерса III типа
б) активатор Вундерера
в) регулятор функций Френкеля (III типа)
г) активатор Андрезена - Гойпля
д) аппарат Брюкля

448. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)
а) открытый активатор Кламмта с верхнегубными пелотами
б) активатор Андрезена с винтом
в) регулятор функций Френкеля III типа
г) активатор Андрезена - Гойпля
д) аппарат Брюкля

449. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью
а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
в) регулятора функции Френкеля III типа
г) аппарата Брюкля для нижней челюсти

д) открытого активатора

450. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает
а) бионатор Бальтерса III типа
б) регулятор функций Френкеля III типа
в) активатор Вундерера
г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
д) аппарат Брюкля

451. При применении подбородочной пращи с целью задерживания роста нижней челюсти и уменьшения величины ее углов наиболее показано
а) горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги
б) косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
в) горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги

452. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращей, шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом
а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
б) и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
в) и приспособлениями только ночью
г) днем и ночью, во время приема пищи снимать
д) только днем

453. Для лечения мезиального прикуса при наличии глубокого обратного резцового перекрытия, небного наклона резцов верхней челюсти и смещения нижней челюсти применение аппарата Брюкля не показано в возрасте
а) 4 года - во временном прикусе
б) 6 лет - в раннем смешанном прикусе
в) 8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе
г) 11 лет и старше - в постоянном прикусе
д) не имеет значения

454. Гравировку моделей челюстей при изготовлении пелотов для регулятора функции Френкеля III типа проводят
а) в области переходной складки на верхней челюсти
б) в области переходной складки на нижней челюсти
в) в области переходной складки на верхней и нижней челюстях
г) не доходя до переходной складки
д) в любом месте

455. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III необходимо углубить
а) на 2-3 мм
б) на 4-5 мм
в) на 6-7 мм
г) на 7-10 мм
д) на 10-15 мм

456. Боковые щиты ФР III должны
а) плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти
б) плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти
в) плотно прилегать к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюстей
г) отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей
д) ничего из перечисленного

457. После лечения мезиального прикуса аппаратом ФР III необходим период ретенции
а) 1 год
б) 0.5 года
в) 2-3 мес

г) период ретенции не требуется
д) 1 мес

458. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для верхней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
а) 3⊥3
б) 4⊥4
в) 5⊥5
г) 6⊥6
д) резцов

459. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
а) 3⊥3
б) 4⊥4
в) 5⊥5
г) 6⊥6
д) резцов

460. Ортодонтическую шапочку с подбородочной пращей для лечения мезиального прикуса следует
а) применять в любом возрасте
б) применять в периодах активного роста
в) применять в периоде активного лечения
г) не применять
д) применять в смешанном периоде

461. В начале лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь
а) горизонтальное направление
б) вертикальное направление
в) косое направление
г) сочетанное направление
д) направление не имеет значения

462. В заключительном периоде лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь
а) горизонтальное направление
б) вертикальное направление
в) косое направление
г) тяга не применяется
д) направление не имеет значения

463. Глубокий прикус относится к аномалиям
а) трансверсальным
б) сагиттальным
в) вертикальным
г) сочетанным
д) не является аномалией прикуса

464. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается
а) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
б) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
в) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
г) по краевому смыканию передних зубов
д) по отсутствию смыкания

465. Нормальной считается глубина резцового перекрытия
а) на 0-0.5 мм
б) на 1.0-2.0 мм
в) на 2.0-3.0 мм
г) на 4.0-5.0 мм
д) на 5.0 мм и более

466. Степеней глубины резцового перекрытия существует
а) 2
б) 4
в) 3

г) 5
д) более 5

467. Суть классификации глубокого прикуса Б.Н.Бынина заключается
а) в степени глубокого резцового перекрытия
б) в выборе терминологии для определения патологии
в) в динамике развития патологического процесса
г) в сочетании всех перечисленных проявлений
д) ни в одном из перечисленных проявлений

468. Глубокий прикус чаще встречается
а) при всех аномалиях прикуса
б) при дистальном соотношении зубных рядов
в) при мезиальном соотношении зубных рядов
г) при нейтральном прикусе
д) при перекрестном прикусе

469. Наиболее целесообразным термином для характеристики патологии прикуса по вертикали является
а) глубокий прикус
б) глубокое резцовое перекрытие
в) супраокклюзия нижних передних зубов
г) инфраокклюзия верхних передних зубов
д) травмирующий прикус

470. У пациентов с глубоким прикусом
а) стоматологический статус остается без изменений
б) возрастает степень активности кариозного процесса
в) наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта
г) возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта
д) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

471. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период
а) до 1 мес
б) от 1 до 2 мес
в) от 2 до 3 мес
г) от 3 до 4 мес
д) от 4 до 6 мес

472. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период
а) от 6 до 7 мес
б) от 7 до 8 мес
в) от 8 до 9 мес
г) от 9 до 10 мес
д) от 10 до 12 мес

473. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период
а) от 1 года до 1.5 лет
б) от 1.5 до 2 лет
в) от 2 до 2.5 лет
г) от 2.5 до 3 лет
д) все перечисленные периоды

474. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период
а) от 3 до 3.5 лет
б) от 3.5 до 4 лет
в) от 4 до 4.5 лет
г) от 4.5 до 5 лет
д) от 5 до 6 лет

475. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального

и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период
а) от 6 до 9 лет
б) от 6 до 7 лет
в) от 8 до 9 лет
г) от 9 до 10 лет
д) все перечисленные периоды

476. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период
а) от 9 до 9.5 лет
б) от 9.5 до 10 лет
в) от 10 до 10.5 лет
г) от 10.5 до 13 лет
д) все перечисленные периоды

477. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период
а) от 13 до 14 лет
б) от 14 до 15 лет
в) от 15 до 18 лет
г) от 18 до 30 лет
д) все перечисленные периоды

478. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется
а) от 6 до 9 лет
б) от 9 до 13 лет
в) от 13 до 15 лет
г) от 15 до 30 лет
д) во все возрастные периоды

479. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется
а) от 6 до 9 лет
б) от 9 до 13 лет
в) от 6 до 15 лет
г) не изменяется от 6 до 15 лет

480. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются
а) в дистальном направлении
б) в мезиальном направлении
в) в вертикальном направлении
г) в оральном направлении
д) во всех перечисленных направлениях

481. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна
а) в дистальном направлении
б) в мезиальном направлении
в) в вертикальном направлении
г) в вестибулярном направлении
д) во всех перечисленных направлениях

482. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства
а) редонт
б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
в) базисную пластмассу без красителя
г) самотвердеющую пластмассу
д) любую из перечисленных

483. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти
а) позади последних моляров - ровная линия границы
б) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой кпереди
в) укороченный базис протеза

граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
г) то же с небольшой выемкой
д) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок

484. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является
а) нормализация жевания
б) нормализация глотания
в) нормализация речи
г) нормализация положения нижней челюсти
д) профилактика

485. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является
а) нормализация резцового перекрытия
б) нормализация положения нижней челюсти
и функции височно-нижнечелюстных суставов
в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов,
противостоящих дефекту зубного ряда
г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта
и улучшения их осевого наклона
д) все перечисленное

486. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера
изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа
а) срединного небного шва
б) носовых костей
в) скуловых костей
г) сошника
д) во всех перечисленных

487. Объем полости рта возможно увеличить
а) выдвижением нижней челюсти
б) расширением зубных рядов
в) повышением прикуса
с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки
в области передних зубов
д) всеми перечисленными мероприятиями

488. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба
не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов
в верхней челюсти
а) при отломе угла у области нижней трети коронки
б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
г) при косом отломе от одного угла
до нижней трети противоположной стороны коронки
д) при всех перечисленных видах отломов

489. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок
4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет
а) от 29 до 30 мм
б) от 30 до 31 мм
в) от 31 до 32 мм
г) от 32 до 33 мм
д) от 33 до 34 мм

490. Средний индекс фациальный морфологический по Изару
при широком лице равен
а) от 90 до 96
б) от 96 до 104
в) от 104 до 108
г) от 108 до 110
д) от 110 до 112

491. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок
4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины
и индивидуальной макродонтии составляет
а) от 29 до 30 мм

б) от 30 до 31 мм
в) от 31 до 32 мм
г) от 32 до 33 мм
д) от 33 мм и более

492. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет
а) от 29 до 30 мм
б) от 30 до 31 мм
в) от 31 до 32 мм
г) от 32 до 33 мм
д) от 33 до 34 мм

493. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет
а) от 32 до 33 мм
б) от 33 до 34 мм
в) от 34 до 35 мм
г) от 35 до 36 мм
д) от 36 до 37 мм

494. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано
а) расширение зубных рядов
б) удлинение зубных рядов
в) мезиальное перемещение боковых зубов
г) дистальное перемещение боковых зубов
д) удаление отдельных зубов

495. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является
а) реакция пульпы зуба на термические раздражители
б) реакция пульпы зуба на химические раздражители
в) травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
г) профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина
д) все перечисленное

496. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является
а) зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
б) восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
в) открытый прикус
г) умеренная глубина резцового перекрытия
д) все перечисленное

497. Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является
а) позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
б) ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
в) привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
г) резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
д) все перечисленное

498. Основной причиной наличия промежутка между зубами является
а) ранняя потеря отдельных зубов
б) ретенция зубов
в) частичная адентия
г) чрезмерная протрузия передних зубов
д) все перечисленное

499. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является
а) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда

б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
в) снижение высоты прикуса и нижней части лица
г) нарушение формы лица
д) все перечисленное

500. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
а) нарушение осанки
б) плоскостопие
в) кривошея
г) нарушение терморегуляции
д) все перечисленные нарушения

501. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является
а) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
б) аппликация ремминерализующих растворов
в) электрофорез препаратов кальция и фтора
г) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
д) все перечисленное выше

502. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации
а) визуальный метод
б) метод витальной окраски
в) метод рентгенологического исследования
г) метод волоконной оптики
д) все перечисленные

503. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является
а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро
в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвегеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
д) не названа

504. Достаточным для практической работы врача методом определения активности кариеса зубов у детей является
а) гигиенический индекс
б) ЦРТ-тест
в) индексы КПУ, кп, КПУ+кп
г) лактобациллен тест
д) все вышеперечисленные

505. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают
а) для диагностики скрытых кариозных полостей
б) для определения глубины распространения кариозного процесса
в) для диагностики вторичного кариеса
г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
д) при всех перечисленных выше ситуациях

506. Наиболее часто в молочных зубах встречается
а) глубокий кариес
б) кариес в стадии пятна
в) средний кариес
г) поверхностный кариес
д) все вышеперечисленное

507. Для обработки кариозной полости при глубоком кариесе при третьей степени активности применяется

а) перекись водорода, хлорамин
б) камфора-фенол, эвгенол
в) спирт, эфир
г) раствор антисептиков
д) воздух

Ситуационная задача (008-010)

Ребенок в возрасте 9 лет обратился к врачу с жалобами на боли от температурных раздражителей. Ребенок часто болеет респираторными заболеваниями. Объективно: КПУ = 5; кп = 3. На жевательной и медиальной поверхностях ┌6 - кариозная полость, с подрытыми краями выполнена влажным размягченным дентином. При механической обработке полости болезненность по эмалеводентинной границе, дентин снимается пластами, дно полости безболезненно, реакция на температурный раздражитель быстро проходящая.

508. Предполагаемый диагноз
а) I степень активности кариеса, ┌6 средний кариес
б) II степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес
в) III степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес
г) III степень активности кариеса, ┌6 средний кариес
д) II степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес

509. Показан следующий метод лечения
а) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент и восстановление анатомической формы зуба
б) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент с серебром и восстановление анатомической формы зуба
в) формирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка и восстановление анатомической формы зуба
г) щадящее препарирование кариозной полости, закрытие цинкэвгенольной пастой на 1-1.5 месяца
д) не названо

510. Какое дополнительное лечение следует применять в данном случае?
а) ремтерапию препаратами Са и F
б) таблетки фтористого натрия
в) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими пастами
г) лечебное питание
д) препараты Са внутрь

511. Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как
а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде
б) отягощенная наследственность
в) замедленное прорезывание зубов
г) кариесогенные факторы
д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода

512. Какой из цинк-фосфатных цементов или его аналогов обладает свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба?
а) висфат
б) поликарбоксилатный цемент
в) цемент-фосфат, содержащий серебро
г) бактерицидный цемент
д) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов

513. Можно ли использовать как прокладку цинк-фосфатный цемент, содержащий серебро, на фронтальную группу зубов под силикатные материалы, акриловые пластмассы или композиционные материалы?
а) можно
б) нельзя
в) можно, т.к. материал обладает повышенной адгезией к тканям зуба и механической прочностью
г) можно, т.к. цемент, содержащий серебро, предотвращает развитие вторичного кариеса зубов
д) можно, т.к. это единственный материал, обладающий олигодинамическим воздействием на окружающие ткани

514. Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать

а) непосредственно сразу
б) через 1 минуту
в) через 2 минуты
г) через 6-10 минут
д) через 24 часа

515. Подлежат ли тщательному моделированию силикатные пломбировочные материалы после их внесения в подготовленную кариозную полость зуба?
а) силикатные материалы подлежат тщательному моделированию, т.к. время схватывания этих материалов вполне достаточно
б) силикатные материалы не подлежат тщательному моделированию, т.к. при проведении этих манипуляций образуется множество невидимых мелких трещин, приводящих в последующем к повышенной растворимости материалов
в) т.к. силикатные материалы имеют короткий период пластичности, они не подлежат тщательному моделированию
г) любое моделирование силикатных материалов приводит к нарушению процесса схватывания
д) тщательное моделирование пломбы из силикатных материалов необходимо, т.к. экономит время врача при отсроченной обработке

516. Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент") перед нанесением на протравленную эмаль достаточно
а) 10 секунд
б) 30 секунд
в) 1 минута
г) 5 секунд
д) 2 минуты

517. Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит
а) от степени активности кариеса зубов у детей
б) только от физико-механических свойств применяемого материала
в) зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка)
г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала
д) зависит от возраста ребенка

518. Сочетание достаточной прочности и эстетичности после полимеризации будет иметь композиционный материал,
а) имеющий макронаполнитель
б) имеющий микронаполнитель
в) имеющий гибридный наполнитель
г) имеющий микрогибридный наполнитель
д) не назван

519. Наиболее правильной методикой приготовления цинк-фосфатных цементов перед замешиванием является
а) цинк-фосфатные цементы перед замешиванием наносятся на гладкую поверхность стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости (0.5 см3) и соответственно порошка при приготовлении минимальной величины пломбы или прокладки
б) цинк-фосфатные цементы приготавливают на шероховатой поверхности стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости и соответственно порошка
в) процесс приготовления и замешивания на шероховатой или гладкой поверхности стекла не влияет на качество приготовления материала
г) процесс приготовления и замешивания цинк-фосфатных цементов допускается по упрощенной произвольной методике применения
д) количество порошка и жидкости при приготовлении цинк-фосфатных цементов борется произвольно и не зависит от величины пломбы

520. Высокой прочностью обладает композиционный материал,
а) имеющий макронаполнитель
б) имеющий микронаполнитель
в) имеющий гибридный наполнитель
г) имеющий микрогибридный наполнитель
д) не назван

521. Наивысшей эстетичностью обладает композиционный материал,
а) имеющий макронаполнитель
б) имеющий микронаполнитель
в) имеющий гибридный наполнитель
г) имеющий микрогибридный наполнитель
д) не назван

522. Укажите основной недостаток быстротвердеющих акриловых пластмасс
а) трудность моделирования материала
б) несовпадение коэффициента теплового расширения быстротвердеющих пластмасс и твердых тканей зубов
в) токсичность мономера
г) недостаточная механическая прочность
д) все вышеперечисленное

523. Наиболее эффективной методикой пломбирования быстротвердеющими пластмассами является
а) приготовленная пластмасса вводится в подготовленную полость с избытком как по высоте, так и по ширине кариозной полости с последующим давлением на нее с помощью различных приспособлений (целлулоидной пластинки, вкладкой, целлулоидным колпачком и т.д.)
б) быстротвердеющая пластмасса после приготовления вводится в подготовленную полость без избытка и давления, но с последующим моделированием контактного пункта
в) приготовленная пластмасса вводится с помощью так называемого метода напластывания или "кисточкового" метода
г) методика пломбирования быстротвердеющей пластмассой напоминает методику, приемлемую для различных видов композитов
д) приготовленная масса вводится методом "стечения", пломба не завышается и тщательно моделируется

524. Быстротвердеющие пластмассы ускоряют полимеризацию
а) при температуре окружающей среды выше 30°С и недостатке мономера в приготовлении материала
б) при низкой температуре и избытке мономера в приготовлении материала
в) при низкой температуре окружающей среды и повышенной влажности
г) при высокой температуре окружающей среды и повышенной влажности
д) при низкой температуре и избытке мономера в приготовленном материале

525. Нужно ли промывать серебряную амальгаму, приготовленную из сплава серебряного тонкодисперсного ССТА-01?
а) нужно, т.к. амальгама загрязнена окислами металлов, способных окрасить в последующем ткани зуба
б) нужно в отдельных случаях
в) не только нужно, но обязательно должна промываться, т.к. промытая амальгама не только не окрашивает зуб, но и после полирования имеет приятный металлический блеск, который и в дальнейшем не меняет окраску
г) нельзя, т.к. влага, попавшая в состав амальгамы, нарушает качество пломбы
д) нельзя, т.к. это загрязняет окружающую среду

526. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба адгезивом перед нанесением композита?
а) обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии пломбировочного материала в этом участке
б) не нужно
в) не имеет значения
г) нужно для некоторых поколений композитов
д) резко ухудшает адгезию материала

527. Кислотное травление эмали применяется
а) для удаления бляшек с поверхности эмали
б) для создания химической адгезии

в) для создания участка микроретенции
г) для улучшения физико-механических свойств материала
д) все вышеперечисленные

528. Для удаления кислоты
(гель для протравливания с поверхности эмали струей воды) необходимо
а) не менее 5 минут
б) время нейтрализации кислоты струей воды
должно соответствовать времени протравливания
в) до 15 секунд
г) длительность времени нейтралицазии кислоты струей воды
с поверхности эмали не имеет значения
д) вообще не требуется промывания

529. Не имеет в своем составе ртути
а) материал ССТА-01
б) галлодент (металлодент)
в) сферический сплав для амальгамы
г) сплав с высоким содержанием меди
д) амальгама без фазы Х-2

530. К наполненным пластмассам относятся
а) норакрил-65
б) акрилоксид, норакрил-100
в) дуракрил
г) стомадент
д) АСТ-2

531. Основным компонентом,
входящим в состав композиционных пломбировочных материалов, является
а) эпоксидные смолы
б) неорганический наполнитель, обработанный силаном
в) индикаторы, стабилизаторы и красители
г) кварц
д) в композиционном материале основного компонента нет

532. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы
постоянных зубов
а) пломбировочные материалы на основе акриловых смол
б) подбирается по индивидуальным показаниям
в) композиционные пломбировочные материалы
г) иономерные цементы
д) силикатные цементы

533. Эффективным пломбировочным материалом
для отсроченного метода лечения глубокого кариеса
при III степени активности кариозного процесса является
а) кальмецин
б) цинк-фосфат, содержащий серебро
в) эвгеноловая паста
г) бактерицидный цемент
д) фтор цемент

534. Рабочее время композиционных материалов химической полимеризации можно регулировать
а) путем введения в материал адгезива
б) изменением соотношения при замешивании (базис: катализатор)
в) охлаждением композиционного материала
г) этого нельзя делать,
кроме случаев специально оговоренных инструкцией
д) нагреванием композиционного материала

535. Наиболее длительной бактерицидностью обладает
а) резорцин-формалиновая паста
б) серебряная паста Гениса
в) эвгеноловая паста
г) эндометазоновая паста
д) паста АН-26

536. Какой их перечисленных пломбировочных материалов
для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?
а) парацин
б) цебанит
в) эндодент
г) эндометазон
д) гуттаперча

537. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом
корней и сохранением ростковой зоны является
наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов
постоянных зубов у детей?
а) резорцин-формалиновая паста
б) серебряная паста Гениса
в) эвгеноловая паста
г) кальмецин
д) ни одна из перечисленных

538. Какой из пломбировочных материалов не может быть применен
для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?
а) гуттаперчевый штифт
б) эндодент
в) парацин
г) цинк-фосфат
д) эндометазоновая паста

539. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал
для лечения среднего кариеса (I класс, моляр)
при I степени активности кариеса
а) серебряная амальгама
б) пломба на основе акриловой пластмассы
в) пломба из галлодента
г) пломба из композиционного материала
д) пломба из керментного цемента

540. Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали
при восстановлении зуба по IV классу,
необходимая для хорошей фиксации пломбы?
а) 1 мм
б) 2 мм
в) 1/2 от ширины пломбы
г) прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм
д) ни один из вышеперечисленных

541. Рекомендуется ли по современной методике препарирования полостей
для композиционных материалов закруглять внутренние углы полостей?
а) допускается произвольное препарирование
б) необходимо закруглять внутренние углы полостей
в) необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку
г) закругление внутренних углов полостей не имеет значения
д) ни одна из вышеперечисленных

542. Правильным методом приготовления пломбировочного материала ССТА-01
является
а) дозирование порошка и ртути на глаз, отжимание, промывание
б) измерение материала дозаторами для порошка
и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,
отжимание
в) измерение материалов дозаторами для порошка и ртути
в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,
обработка материала в хирургической резиновой перчатке
г) измерение материала дозаторами для порошка
и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,
промывание
д) ни один из перечисленных

543. Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод
устранения дефектов твердых тканей зуба

(пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)

а) устранение дефекта армированной вкладкой, выпиленной из гарнитурного зуба

б) устранение дефекта композиционным материалом

в) предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории и фиксации ее на фосфат цемент

г) устранение дефекта пломбированием акриловым пломбировочным материалом

д) ни один из перечисленных

544. За счет чего пульпа может погибнуть после применения силикатных пломбировочных материалов, если допущена погрешность в правильном наложении прокладочного материала?

а) за счет действия мышьяка, входящего в состав силикатных цементов

б) за счет свободных фосфорных кислот

в) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны

г) за счет фосфорных соединений, входящих в состав силикатных цементов

д) ни один из перечисленных

545. Потребность избыточного наложения пластмассы при пломбировании кариозных полостей вызвана

а) чем больше объем быстротвердеющей пластмассы, тем выше экзотермическая реакция полимеризации и тем меньше остаточного мономера

б) избыток материала дает возможность более качественного моделирования плломбы во время ее обработки и создания хороших контактных пунктов в полостях II класса

в) избыток быстротвердеющей пластмассы в кариозной полости не дает возможности отрыва материала в местах краевого прилегания, при прохождении им стадии "сокращения" в момент полимеризации пломбы

г) все вышеперечисленное

д) не названа

546. Герметики-силанты применяются

а) только с профилактической целью

б) только с лечебной целью

в) с лечебно-профилактической целью

г) с эстетической целью

д) ни одна из выше перечисленных

547. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является

а) механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)

б) химическое соединение с твердыми тканями зубов

в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах

г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба

д) ни один из выше перечисленных

548. Пломбировочный материал "Витакрил" относится

а) к композиционным пломбировочным материалам

б) к иономерным цементам

в) к ненаполненным пластмассам

г) к быстротвердеющим акриловым пластмассам

д) ни к одним из перечисленных выше

549. В состав жидкости иономерных цементов входит

а) высокомолекулярная полиакриловая кислота

б) низкомолекулярная полиакриловая кислота

в) эпоксидные смолы

г) органические кислоты

д) ни одна из перечисленных выше

550. Возможно ли применение иономерных цементов с целью герметизации фиссур у детей?

а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба

б) невозможно,

т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов
в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью
г) возможно только в случаях
неполностью сформированных фиссур у детей
д) невозможно,
т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью

551. Какой из перечисленных пломбировочных материалов
наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?
а) цинкфосфатцемент, содержащий серебро
б) эвикрол
в) силицин
г) амальгама
д) все вышеперечисленные

552. Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал
(из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов
при декомпенсированной форме кариеса
а) пломбировочные материалы на основе акриловой смолы
б) силико-фосфатные пломбировочные материалы
в) фторсодержащие цементы
г) композиционные пломбировочные материалы
д) все вышеперечисленные

553. Наиболее эффективным материалом для изоляции пломбы от слюны
является
а) воск
б) гидроксил-силиконовая паста
в) эпоксидный лак
г) вазелин
д) все одинаковы

554. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать
а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
б) быть механически прочным, высоко адгезивным
в) противовоспалительным и одонтотропным действием
г) не обладать пористостью
д) не обладать токсичностью

555. Защитные свойства пульпы обеспечивают
а) коллагеновые волокна
б) нервные элементы
в) одонтобласты
г) кровеносные сосуды
д) эластические волокна

556. Большой процент несовпадений
клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется
а) несовершенством методов диагностики пульпитов
б) поздним обращением больных
в) закрытой полостью зуба
г) гиперэргическим характером воспалений
д) не назван

557. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита,
связаны
а) с ошибками диагноза
б) с неправильным выбором лекарственного препарата
в) с плохой фиксацией пломбы
г) с нарушением правил антисептики
д) со всем перечисленным

558. Укажите наиболее рациональный метод лечения
острого воспаления пульпы в постоянных зубах
с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса
а) биологический метод
б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
в) метод прижизненной ампутации

г) метод девитальной ампутации
д) не назван

559. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет
а) биологический метод
б) метод девитализации с последующей мумификацией
в) метод прижизненной ампутации
г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
д) не назван

560. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей?
а) ввести тонкий ручной дриль до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"
б) ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"
в) продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора, провести последовательную коагуляцию пульпы на протяжении всего корневого канала
г) удалить пульпу из корневого канала, а затем активным электродом провести диатермкоагуляцию
д) ни одна из перечисленных методик

561. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизненности корневой пульпы?
а) биологический метод
б) метод прижизненной ампутации
в) метод девитальной ампутации
г) комбинированные методы
д) не назван

562. Какой из методов приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации является наиболее простым и эффективным?
а) приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
б) приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной
в) приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
г) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках
д) не назван

563. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является
а) хорошее качество обезболивания
б) качественное проведение этапа ампутации пульпы
в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
г) хорошее знание этапов проведения методов
д) все вышеперечисленное

564. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации наиболее важный для достижения цели этого метода?
а) формирование кариозной полости
б) ампутация пульпы
в) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
г) снятие крыши полости зуба
д) все вышеперечисленное

565. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является
а) отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага
б) недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость,

а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы

в) отсутствие надежных пломбировочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования

г) все вышеперечисленные причины

д) не названа

566. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является

а) боль от температурных раздражителей

б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба

в) наличие вскрытой полости зуба

г) наличие закрытой полости зуба

д) не названы

567. Наиболее эффективнм методом при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня является

а) метод диатермокоагуляции

б) метод прижизненной ампутации коронковой пульпы

в) метод глубокой ампутации

г) метод девитальной ампутации

д) метод прижизненной экстирпации

Ситуационная задача (014-016)

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ┌IV с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании.
Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9). Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с ┌IV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно.
Перкуссия резко болезненная. Десна в области ┌IV слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

568. Предполагаемый диагноз

а) острый периодонтит

б) острый тотальный пульпит

в) обострение хронического периодонтита

г) острый частичный серозный пульпит

д) ни один из перечисленных выше

569. Скорее всего подтвердит диагноз

а) реакция на температурные раздражители

б) рентгенологическое исследование

в) ЭОД

г) анализ крови

д) ни один из перечисленных

570. В первую очередь следует предпринять

а) вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы

б) вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы

в) вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств (антибиотики, кортикостероиды и т.д.)

г) вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)

д) удаление зуба

Ситуационная задача (017-019)

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные боли в 6┐ . Боли чаще возникали после приема пищи, но после тщательного полоскания рта проходили.
Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса. В 6┐ аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке.
На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полосы

с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет.
Степень формирования корней соответствует возрасту.

571. Предполагаемый диагноз
а) острый общий серозный пульпит
б) хронический пролиферативный пульпит
в) хронический гангренозный пульпит
г) хронический простой пульпит
д) обострение хронического пульпита

572. Скорее всего подтвердит диагноз
а) ЭОД
б) рентгенологическое исследование
в) анализ крови
г) кратковременная боль на температурные раздражители
д) ни один из вышеперечисленных

573. В первую очередь необходимо назначить
а) девитализацию пульпы
б) биологический метод
в) метод прижизненной ампутации
г) метод прижизненной экстирпации
д) метод девитальной ампутации

574. Какой прогноз или исход является желаемым
при правильном выборе лечения?
а) завершение формирования корня зуба
б) формирование корня зуба за счет одного цемента
в) гиперцементноз верхушки корня зуба
г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
д) стабилизация первоначальной ситуации

575. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации
с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается
боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб.
Боли возникли за счет
а) грубой механической травмы пульпы при лечении
б) раздражения пульпы медикаментами
в) некроза пульпы
г) хронического воспаления корневой пульпы
д) распада корневой пульпы

576. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите
в стадии обострения у ребенка 5 лет является
а) биологический метод
б) витальная ампутация коронковой пульпы
в) высокая ампутация
г) девитальная ампутация
д) девитальная экстирпация

577. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет,
страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью
к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в ┌IV
является
а) биологический метод
б) витальная ампутация
в) девитальная ампутация
г) девитальная экстирпация
д) удаление зуба

578. Основными свойствами коллагеновых волокон периодонта являются
а) они удерживают зуб в правильном положении,
равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
б) они способны набухать в кислой среде, ощелачивая ее
и создавая благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
в) они обеспечивают физиологическую подвижность зуба,
устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов
и играют большое значение в репаративных процессах
г) все вышеперечисленные
д) не названы

579. Каково происхождение эпителия гранулемы, кист?
а) это вегетировавший через десневой карман
многослойный плоский эпителий полости рта
б) это вегетировавший через свищевой ход
многослойный плоский эпителий полости рта
в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует
эпителиальные островки Маляссе,
клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления
г) идиопатическое происхождение
д) не названо

580. Основной функцией периодонта является
а) опорная,
т.к. периодонт способен воспринимать большие нагрузки
и распределять давление на стенки альвеолы
б) трофическая функция,
ибо она обеспечивает питание цемента зуба
в) пластическая функция,
заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген
и полисахирады, т.е. строить саму ткань периодонта
г) защитная функция,
т.е. она обеспечивает активную борьбу с воспалением
д) все вышеуказанные

581. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений
при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе
ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?
а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань
резорбирует дентин и цемент зуба
б) применить мышъяковистую пасту,
поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную,
медикаментозную обработку и запломбировать канал
д) не названа

582. Можно ли пломбировать каналы нетвердеющими пастами
при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?
а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает
лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться
за счет грануляционной ткани
в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить
дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода
тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества,
входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию
г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться
герметичности
д) не названо

583. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов
при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала
однокорневого зуба?
а) дельтавидным разветвлением макроканала
б) плохой предварительной медикаментозной обработкой
в) отсутствием герметичности пломбирования канала
и снижением реактивности организма
г) плохой инструментальной обработкой канала
д) все перечисленные

584. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации
некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей
является
а) перекись водорода
б) антибиотики широкого спектра действия
в) антисептик
г) ферменты (трипсина)

д) не назван

585. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба, -
а) резорбция идиопатическая
б) резорбция в результате новообразований
в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)
д) не назван

586. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
а) серебряная паста Гениса
б) резорцин-формалиновая паста
в) эвгеноловая паста
г) иодоформная паста
д) не названа

587. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является
а) эвгеноловая паста
б) резорцин-формалиновая паста
в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
г) серебряная паста Гениса
д) не назван

588. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является
а) инструментальная обработка корневых каналов
б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
в) применение физиотерапевтических методов лечения
г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
д) не названо

589. Самым эффективным методом при лечении хронических верхушечных периодонтитов постоянных зубов у детей является
а) инструментальный метод лечения
б) медикаментозный метод лечения
в) физиотерапевтический метод лечения
г) хирургический метод лечения
д) не назван

590. Какая из перечисленных паст является наиболее эффективной для пломбирования корневых каналов молочных зубов при лечении хронических гранулирующих периодонтитов в случаях, когда на альвеолярном отростке имеется свищевой ход?
а) серебряная паста Гениса
б) эвгеноловая паста
в) резорцин-формалиновая паста
г) иодоформная паста
д) не названа

591. Укажите типичный признак рентгенологического изменения при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей
а) деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба
б) деформация периодонтальной щели
в) разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба
г) равномерное расширение периодонтальной щели без выраженных деструктивных изменений в кости
д) не назван

592. Самым эффективным видом консервативного лечения хронических периодонтитов молочных зубов у детей является
а) метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием

лекарственными веществами на стенки полости зуба,
периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов
б) резорцин-формалиновый метод
в) физиотерапевтический метод
г) фенол-формалиновый метод
д) не назван

593. Ведущим показанием к удалению молочного зуба
с хроническим периодонтитом является
а) возраст ребенка
б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
в) характер деструктивных изменений в периодонте
и степень распространения патологического процесса
на фолликулы и зачатки постоянных зубов
г) наличие свищевого хода
(на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
д) не названо

594. Ведущим диагностическим признаком хронического воспаления
в периодонте молочного зуба, позволяющим определить не только
его наличие, но и характер, степень распространения,
а также состояние окружающих тканей, является
а) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти
б) отечность и пастозность слизистой оболочки альвеолярного отростка
в) наличие грануляционной ткани в полости зуба и кариозной полости
г) рентгенологические изменения
д) не назван

595. При каких рентгенологических симптомах неправильно поставить диагноз
"гранулирующий периодонтит"?
а) деструкция кортикальной пластинки лунки
б) деструкция кориткальной пластинки лунки
с очагом разрежения костной ткани без четких границ
в) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом деструкции кости
и очагом разрежения кости по периферии
г) включение в деструктивный процесс около временного зуба
части кортикальной пластинки фолликула
д) не назван

596. При хроническом гранулирующем периодонтите
постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба
соответствует 1/2 предполагаемой его длины, методом лечения является
а) резекция верхушек корней
б) удаление зуба
в) консервативный, с пломбированием на всю длину корней
г) консервативынй с последующим пломбированием корневых каналов
с выведением за верхушку пломбировочного материала
д) гемисекция

597. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба
с несформированной верхушкой корня методом лечения является
а) удаление зуба
б) резекция верхушки корня
в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами
с длительным антисептическим действием за верхушки

598. Какой метод лечения периодонтита временного моляра в 5 лет
следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом?
а) резекцию верхушки коря
б) удаление зуба
в) гемисекцию
г) консервативный метод
д) реплантацию

599. Хронический грануломатозный периодонтит
от хронического гранулирующего периодонтита различается

а) цветом зуба
б) давностью анамнеза
в) степенью подвижности зуба
г) рентгенологической симптоматикой
д) укорочением звука при перкуссии

600. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует избрать у ребенка 3 лет из 3-й диспансерной группы?
а) консервативный
б) комбинированный
в) удаление зуба
г) резекцию верхушки корня
д) не назван

601. Артикуляция – это
1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии
2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц
3) вид смыкания зубов в передней окклюзии
4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии
5) цепь сменяющих друг друга окклюзий
6) 2+5

602. Прикус – это характер смыкания зубов в положении окклюзии
1) центральной
2) боковой
3) передней
4) задней

603. К нормальному прикусу относится
1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов
2) глубокий прикус
3) ортогнатический прикус
4) прямой прикус

604. В норме, после прорезывания постоянных зубов образуются
1) межзубные площадки
2) межзубные промежутки
3) межзубные контакты

605. Базальную дугу образуют
1) режущий край и жевательные поверхности зубов
2) верхушки корней
3) гребень альвеолярной части

606. На верхней челюсти самой широкой дугой является
1) альвеолярная дуга
2) базальная дуга
3) зубная дуга

607. На нижней челюсти во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила
1) 20–30 кг
2) 10–15 кг
3) 5–10 кг

608. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается
1) передняя окклюзия
2) центральная окклюзия
3) задняя окклюзия
4) боковая окклюзия

609. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие
1) дистального прикуса

2) мезиального прикуса
3) ортогнатического прикуса
4) перекрестного прикуса

610. К мышцам опускающим нижнюю челюсть относятся
1) m.pterygoideusmedialis
2) m.mylohyoideus
3) m.geniohyoideus
4) m.digastricus
5) 1+2+3
6) 2+3+4

611. Угол сагиттального суставного пути равен
1) 17°
2) 110°
3) 60°
4) 33°

612. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен
1) 110°
2) 30°
3) 17°
4) 60°

613. Угол сагиттального резцового пути равен
1) 30°
2) 45°
3) 110°
4) 17°

614. Угол бокового резцового пути равен
1) 110°
2) 17°
3) 30°
4) 60°

615. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа
1) камперовская горизонталь
2) франкфуртская горизонталь
3) протетическая горизонталь

616. Воображаемая линия от нижнего края орбиты
до верхнего края наружного слухового прохода называется
1) камперовской горизонталью
2) франкфуртской горизонталью
3) протетической плоскостью

617. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов
на рабочей стороне – одноименными бугорками,
а на балансирующей – разноименными?
1) I
2) II
3) III
4) IV

618. На верхней челюсти различают контрфорсы
1) лобно–носовой
2) резцовый
3) скуловой
4) небный
5) крылонебный
6) 1+3+4+5

619. Трехпунктный контакт Бонвиля возможен
1) в центральной окклюзии
2) в боковой окклюзии

3) в передней окклюзии
4) в задней окклюзии

620. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?
1) мезиального прикуса
2) дистального прикуса
3) глубокого прикуса
4) открытого прикуса
5) перекрестного прикуса
6) 2+3

621. Высота нижней части лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется
1) высотой относительного функционального покоя
2) окклюзионной высотой
3) 1+2

622. Основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является
1) Шварц
2) Коркгауз
3) Брюкль
4) Симон
5) Герлах

623. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях
1) трансверзальной, сагиттальной, вертикальной
2) трасверзальной, сагиттальной, горизонтальной
3) сагиттальной, вертикальной, переднезадней
4) трасверзальной, горизонтальной, вертикальной

624. Метод, позволяющий изучить местоположение зубов в трасверзальном и саггитальном направлениях
1) параллелография
2) симметроскопия
3) параллелометрия

625. Метод исследования диагностических моделей челюстей с последующим их фотографированием в определенном режиме
1) симметрография
2) фотосимметроскопия
3) симметроскопия

626. В положении центральной окклюзии перекрытие нижних зубов верхними свыше 1/2 высоты коронок с сохранением режуще–бугоркового контакта говорит
1) о глубоком прикусе
2) о глубоком резцовом перекрытии
3) о глубоком травмирующем прикусе

627. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью
1) цефалостата
2) гнатостата
3) аксиографа

628. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена
1) Тонном
2) Герлахом
3) Коркгаузом
4) Нансе
5) Поном

629. Премолярный индекс Пона равен
1) 64

2) 85
3) 60
4) 65
5) 80

630. Данные миотонометрии позволяют судить
1) о тонусе мышц при различных состояниях
2) о перестройке миостатического рефлекса
3) об адаптационных возможностях мышц
4) 1+2+3

631. Электроактивность круговой мышцы рта зависит
1) от особенностей строения губ
2) от высоты нижней части лица
3) от степени выпуклости лица
4) 1+2+3

632. Метод аускультации височно–нижнечелюстных суставов
для выявления в них шума, хруста, щелканья и диагностики
функциональных и морфологических нарушений называется
1) осциллография
2) миоартрография
3) артрофонография
4) мастикациография

633. При оценке жевательной эффективности в баллах
за единицу измерения избрана функциональная способность
1) клыков
2) центральных резцов
3) первых моляров
4) боковых резцов
5) третьих моляров

634. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля
до появления рефлекса глотания
во время функциональной жевательной пробы
1) по Христиансену
2) по Гельману
3) по Рубинову
4) по Соловьеву

635. Метод обследования,
позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов
1) окклюзионная рентгенография
2) ортопантомография
3) телерентгенография
4) компьютерная томография

636. Метод обследования,
позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета
1) внутриротовая рентгенография
2) окклюзионная рентгенография
3) ортопантомография
4) телерентгенография
5) компьютерная томография

637. Разделы рентгенэнцефалометрического исследования
1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия
2) краниометрия, дентометрия, профилометрия
3) фотограмметрия, профилометрия, дентометрия

638. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы
1) линейные
2) угловые
3) отношения линейных величин
4) 1+2+3

639. Функции истории болезни
1) медицинская
2) юридическая
3) научная
4) статистическая
5) 1+2+3+4

640. Заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз
1) диагноз
2) эпикриз
3) 1+2

641. Стоматологические материалы подразделяются
1) на основные, вспомогательные, клинические
2) на основные, вспомогательные, эстетические
3) на клинические, технические, вспомогательные

642. Клинические материалы используются
1) врачом на клиническом приеме
2) техником для создания протеза или аппарата

643. К физическим свойствам материала относятся
1) температура кипения
2) теплопроводность
3) поверхностное напряжение
4) плотность
5) все перечисленное

644. Понятия “прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность” относят
1) к химическим свойствам материала
2) к механическим свойствам материала
3) к физическим свойствам материала

645. Являются ли синонимами понятия “пластичность” и “эластичность”
1) да
2) нет

646. Вязкость –это
1) способность материала оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение
2) способность материала прилипать к рукам

647. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как
1) коррозионная стойкость
2) окисляемость
3) растворимость
4) цветостойкость
5) 1+2+3
6) 1+2+3+4

648. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие
1) механическое
2) токсическое
3) аллергическое
4) термоизолирующее
5) все вышеперечисленные

649. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть
1) непосредственным
2) опосредованным
3) и тем, и другим

650. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы

являются
1) пластификаторы
2) стабилизаторы
3) красители
4) мономер

651. Основной стоматологический материал должен быть
1) безопасным для организма
2) достаточно прочным
3) эстетичным
4) технологичным
5) 1+2+3+4

652. Оттискные материалы условно делят
1) на твердые и эластические
2) на кристаллизирующиеся и термопластические
3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизующиеся)

653. Гипс относится
1) к твердым оттискным материалам
2) к моделировочным материалам
3) 1+2

654. Супергипс получают путем
1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.
2) добавления соли при замешивании
3) замешивания гипса в горячей воде

655. Верно ли утверждение,
что чем быстрее схватывается гипс,
тем больше прочность полученной модели?
1) да
2) нет
3) зависит от вида гипса

656. Цинкоксидэвгеноловую пасту “Репин” применяют
1) для получения анатомических оттисков
2) для получения функциональных оттисков
3) для временной фиксации несъемных протезов
4) 1+2+3
5) 2+3

657. Эластические оттискные материалы делят
1) на альгинатные, силиконовые
2) на альгинатные, термопластические, силиконовые
3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые

658. Что нужно предпринять
после получения оттиска альгинатным материалом?
1) позвать техника
2) сразу отлить гипсовую модель
3) положить оттиск в воду
4) проверить качество оттиска
5) провести дезинфекцию оттиска
6) 1+3
7) 4+5+2

659. Выделяют силиконовые материалы
со следующими типами химических реакций
1) кристаллизации
2) поликонденсации
3) полиприсоединения
4) 1+2+3
5) 2+3

660. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках

паста не затвердела, потому что
1) истек срок годности материала
2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора

661. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету
1) прямой
2) обратный
3) комбинированный
4) все перечисленные

662. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят
1) на рабочей гипсовой модели челюсти
2) на модели из огнеупорной массы
3) на модели из высокопрочного гипса

663. Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят
1) на модели челюсти из огнеупорной массы
2) на разборной комбинированной гипсовой модели челюсти
3) на модели челюсти из обычного медицинского гипса
4) на модели челюсти из высокопрочного гипса

664. Для получения литых деталей зубных протезов используют
1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала
2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
3) оба метода

665. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется
1) отжигом
2) закалкой
3) отбеливанием

666. Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется
1) отжигом
2) закалкой
3) отбеливанием

667. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают
1) отжигу
2) закалке
3) отбеливанию

668. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется
1) электроэрозивной обработкой
2) электрохимической полировкой
3) пескоструйной обработкой

669. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется
1) электроэрозивной обработкой
2) электрохимической полировкой
3) пескоструйной обработкой

670. Разделительная линия – это линия, которая
1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры
2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части
3) является линией наибольшей выпуклости зуба

по отношению к вертикальной оси

671. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется
1) артикулятор
2) параллелометр
3) окклюдатор

672. Толщина штампованной коронки равна
1) 0,1–0,2 мм
2) 0,2–0,3 мм
3) 0,4–0,4 мм

673. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет
1) 0,4–0,5 мм
2) 0,1–0,2 мм
3) 0,2–0,3 мм

674. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать
1) беззольно–выгорающую пластмассу
2) воск
3) оба вышеперечисленных материала

675. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется
1) дентинным слоем
2) эмалевым слоем
3) глазурью
4) грунтовым слоем

676. Слой керамического покрытия, который придает металлокерамическому протезу блеск естественных зубов, называют
1) дентинным слоем
2) эмалевым слоем
3) глазурью
4) грунтовым слоем

677. Просвечивание металлического каркаса металлокерамической конструкции можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы
1) дентинного слоя
2) эмалевого слоя
3) глазури
4) грунтового слоя

678. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является
1) седловидная форма
2) касательная форма
3) висячая форма с промывным пространством

679. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части в боковом отделе является
1) седловидная форма
2) касательная форма
3) висячая форма с промывным пространством

680. Увеличение прочности пайки между опорными штампованными коронками и промежуточной частью мостовидного паяного протеза проводят за счет
1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза
2) уменьшения ширины режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов
3) увеличения площади спайки
4) все перечисленное

681. Полное разрушение коронки зуба обусловлено
1) отломом коронки при обширной пломбе
2) травмой зуба
3) заболеванием пародонта
4) повышенной стираемостью до шейки зуба
5) 1+3
6) 1+2+4

682. К дефектам коронки зуба относят
1) наличие 1/2 коронки над десной
2) наличие твердых тканей зуба на уровне десны
3) разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десны до 1/4 длины корня
4) наличие 2/3 коронки над десной
5) 1+2+3+4

683. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения
1) хронический фиброзный периодонтит
2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
3) киста

684. Штифтовыми зубами можно восстановить
1) однокорневые
2) многокорневые
3) 1+2
4) резцы верхней челюсти

685. В однокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал
1) на 1/3 длины корня
2) на 1/2 длины корня
3) на 2/3 длины корня
4) на всю длину корня

686. В многокорневых зубах штифты заходят в корневые каналы
1) на всю длину корней
2) на 2/3 длины корней
3) на 1/2–1/3 длины корней

687. Противопоказание для протезирования штифтовыми зубами
1) однокорневые зубы
2) неполное пломбирование канала
3) короткие или искривленные корни
4) глубокое разрушение корня
5) патологическая подвижность корней
6) 2+3+4+5

688. Возможные способы моделирования искусственной культи со штифтом
1) прямой – врачом, непосредственно в полости рта
2) зубным техником на модели по полученному врачом двойному оттиску зубного ряда
3) 1+2

689. Показания к применению цельнолитых коронок
1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов
2) повышенное стирание твердых тканей зубов
3) нарушение цвета коронок естественных зубов
4) 1+2

690. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок
1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов
2) повышенное стирание твердых тканей зубов
3) непереносимость пластмассовых облицовок
4) 1+2+3

691. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется
1) не доходя до десны
2) на уровне десны
3) апикальнее десневого края
4) 2+3

692. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?
1) желобообразный
2) под углом 135° к продольной оси зуба
3) не нужно уступа

693. Культя зуба, подготовленная под металлокерамическую коронку, должна иметь наклон боковых стенок в пределах
1) 20–25°
2) 10–12°
3) 5–7°

694. При протезировании металлокерамической коронкой по периметру шейки зуба формируется уступ шириной
1) 1,3–1,4 мм
2) 2–3 мм
3) 3,5 мм

695. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью
1) альгинатных материалов
2) силиконовых материалов
3) гипса
4) термопластических материалов

696. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск
1) двойной
2) функциональный
3) частичный

697. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов?
1) да, как временная или постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов
2) нет
3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическимикоронками

698. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять
1) на верхушках бугорков
2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
3) в оральной вогнутости коронки

699. При подготовке полости под вкладку делают фальц
1) на 1/3 толщины эмали
2) на всю толщину эмали
3) на 1/2 толщины эмали
4) в пределах твердых тканей, отступив от полости зуба на 0,5–1мм

700. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью
1) предупреждения смещения вкладки
2) исключения опрокидывающего момента
3) лучшей фиксации и прилегания
4) исключения сколов эмали

701. ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К
А) внутриротовым, одночелюстным
Б) внеротовой
В) комбинированный

Г) двучелюстной

702. АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ
А) расширение и уплощение верхнего зубного ряда
Б) уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда
В) устранение вредных привычек
Г) устранение дизоокклюзии

703. КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 16 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ
А) сохранения места для 15
Б) мезиализации 16
В) дистализации 16
Г) ротации 16

704.ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А) равномерного расширения верхнего зубного ряда
Б) удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда
В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
Г) раскрытия срединного небного шва

705.ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А) удлинения верхнего зубного ряда
Б) равномерного расширения верхнего зубного ряда
В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
Г) раскрытия срединного небного шва

706.АППАРАТ Pendulum ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
А) дистализации моляров верхней челюсти Б) смещения нижней челюсти вперед
В) смещения верхнего зубного ряда вперед
Г) стабилизации положения верхней челюсти

707.ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ
А) перемещать вперед верхний зубной ряд
Б) сдерживать рост верхней челюсти
В) стимулировать рост нижней челюсти
Г) сдерживать рост обеих челюстей

708.ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ
А) сдерживать рост верхней челюсти
Б) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
В) стимулировать рост нижней челюсти
Г) сдерживать рост обеих челюстей

709.ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ
А) сдерживать рост нижней челюсти
Б) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
В) стимулировать рост нижней челюсти
Г) сдерживать рост обеих челюстей

710.ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ НОРДА
А) лечебный
Б) профилактический
В) ретенционный
Г) комбинированный

711.ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ
А) лечебный
Б) профилактический
В) ретенционный
Г) комбинированный

712.ГУБНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
А) мезиального смещения нижнего зубного ряда
Б) дистального смещения первых нижних моляров
В) удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда

Г) удлинения переднего нижнего зубного ряда

713.ГУБНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
А) удлинения зубных рядов
Б) мезиального смещения первых моляров
В) уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда
Г) сужения зубных рядов

714.АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
А) раскрытия небного шва
Б) удлинения верхнего зубного ряда
В) ротации первых верхних моляров
Г) расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

715.АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
А) стабилизации положения моляров
Б) вестибулярного перемещения резцов
В) выдвижения нижней челюсти
Г) стабилизации положения резцов

716.АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) двучелюстным, комбинированным
Б) одночелюстным, механическим
В) одночелюстным, функциональным
Г) двучелюстным, функциональным

717.РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЗУБЫ
А) мезиально
Б) орально
В) вертикально
Г) вестибулярно

718.ДЛЯ СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА РЕКОМЕНДУЮТ КЛАММЕРА
А) все перечисленные
Б) пуговчатые
В) Адамса
Г) Круглые

719.АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ
А) резцов
Б) клыков
В) моляров
Г) премоляров

720.ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ СПОСОБСТВУЮТ
А) росту апикального базиса челюсти
Б) сдерживанию роста апикального базиса челюсти
В) устранению протрузии резцов
Г) фиксации аппарата в полости рта

721.ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ
А) межчелюстная по III классу
Б) одночелюстная
В) межчелюстная по II классу
Г) вертикальная

722.ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ
А) перекрестная
Б) одночелюстная
В) межчелюстная по III классу
Г) межчелюстная по II классу

723.ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В АППАРАТЕ КЛАММТА ЯВЛЮТСЯ
А) вестибулярная дуга, кламмера Адамса

Б) рукообразные пружины
В) винт
Г) только вестибулярная дуга

724.АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
А) нормализации окклюзии
Б) расширения нижнего зубного ряда
В) дистального перемещения боковой группы зубов справа
Г) удлинения зубных рядов

725.ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
А) расширения зубного ряда
Б) коррекции положения первого постоянного моляра
В) удлинения зубного ряда
Г) сохранения места

726.ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А) винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца
Б) накусочной площадки
В) наклонной плоскости
Г) щита

727.ВНУТРИРОТОВАЯ ЭЛАСТИЧНАЯ ТЯГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
А) нормализации положения зубов, зубных рядов
Б) введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща
В) нормализации дыхания
Г) устранения вредных привычек

728.БРЕКЕТ-СИСТЕМА ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ
А) механического действия
Б) комбинированного действия
В) функционального действия
Г) внеротовым

729.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА
А) верхней челюсти
Б) нижней челюсти
В) обеих челюстей
Г) не влияет на рост

730.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА
А) нижней челюсти
Б) верхней челюсти
В) обеих челюстей
Г) не влияет на рост

731.В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ
А) нижней
Б) верхней
В) верхней и нижней
Г) нет губных пелотов

732.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ
А) верхний и нижний зубные ряды
Б) только нижний зубной ряд;
В) не расширяет
Г) верхний зубной ряд в переднем отделе

733.В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ
А) нижних зубов
Б) верхних зубов
В) верхних и нижних зубов

Г) нет окклюзионных накладок

734.АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ
А) несъемный
Б) съемный
В) внеротовой
Г) вестибулярный

735.АППАРАТ НАНСА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ
А) несъемный
Б) съемный
В) внеротовой
Г) вестибулярный

736.РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ
А) медиально, латерально
Б) вестибулярно
В) вертикально
Г) дистально

737.ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
А) нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения
Б) устранения вредных привычек
В) нормализации носового дыхания
Г) ретенции результатов ортодонтического лечения

738.К ВНУТРИРОТОВЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ
А) пластинки для верхней челюсти с винтом
Б) лицевая дуга
В) подбородочная праща с головной шапочкой
Г) маска Диляра

739.АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ
А) комбинированным
Б) механическим
В) функциональным
Г) капповые

740.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
А) мезиальной окклюзии
Б) аномалии зубных рядов
В) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
Г) перекрестной окклюзии

741.БАМПЕР КОРНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
А) нормализации и стабилизации положения первых моляров
Б) экструзии зубов
В) внедрения передней группы зубов
Г) внедрения резцов нижнего зубного ряда

742.МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН
А) 64
Б) 85
В) 80
Г) 65

743.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 12 И 22 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 7-8 лет
Б) 5 лет
В) 3 года
Г) 11 лет

744.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 14 И 24 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 8-9 лет
Б) 5 лет
В) 3 года

Г) 11 лет

745.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 13 И 23 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 11-12 лет
Б) 5 лет
В) 8 лет
Г) 3 года

746.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 16 И 26 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 5-6 лет
Б) 11 лет
В) 8 лет
Г) 3 года

747.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 32 И 42 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 6-7 лет
Б)4 года
В)8 лет
Г)11 лет

748.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ
А) 11-12 лет
Б) 5-6 лет
В) 3 года
Г) 8 лет

749.К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ
А) меньше верхней
Б) равна верхней
В) больше верхней на 3 мм
Г) больше верхней на 5 мм

750.ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ
А) полукруга
Б) полу эллипса
В) параболы
Г) трапеции

751.ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ
А) от 4 до 6 лет
Б) от 3 до 4 лет
В) от 5 до 8 лет
Г) от 3 до 9 лет

752.ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ
А) 6-1-2-4-3-5-7
Б) 1-2-4-5-3-6-7
В) 6-1-2-5-3-4-7
Г) 6-2-4-3-5-7

753.КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ В НОРМЕ С
А) одноименным и позадистоящим зубами н/ч
Б) одноименным и впередистоящим зубами н/ч
В) только одноименным зубом
Г) только позадистоящим

754.РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) режущим краем
Б)язычной поверхностью
В)вестибулярной поверхностью
Г)апроксимальной поверхностью

755.ПЕРЕДНИЙ ЩЕЧНЫЙ БУГОРОК 16 ЗУБА В НОРМЕ КОНТАКТИРУЕТ С
А) межбугорковой фиссурой
Б) 46задним щечным бугорком 46
В) контактной точкой между 45 и 46
Г) передней ямкой продольной фиссуры 46

756.ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) наличии сверхкомплектных зубов
Б) отсутствии зачатков зубов
В) ретенции зубов
Г) увеличении размеров зубов

757.ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО
А) поворот зуба вокруг вертикальной оси
Б) супраположение зуба
В) вестибулярный наклон зуба
Г) оральное положение зуба

758.ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА
А) назад по зубному ряду
Б) вперед по зубному ряду
В) в сторону неба
Г) в сторону щеки

759.СУПРАПОЛОЖЕНИЕ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА
А) выше окклюзионной плоскости
Б) поворот зуба вокруг вертикальной оси
В) вестибулярное
Г) оральное

760.II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ
А) нижней челюсти дистально
Б) верхней челюсти дистально
В) нижней челюсти мезиально
Г) нижней челюсти латерально

761.ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ
А) нижней челюсти дистально
Б) нижней челюсти мезиально
В) верхней челюсти дистально
Г) верхней челюсти латерально

762.ЛИНГВОКЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ
А) нижних боковых зубов язычно
Б) верхних боковых зубов оральн
В) верхних боковых зубов щечно
Г) нижних передних зубов вестибулярно

763.ПАЛАТОКК ЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ
А) трансверсальном
Б) вертикальном
В) сагиттальном
Г) сагиттальном и вертикальном

764.В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ
А) по 1 антагонисту
Б) по 2 антагониста
В) контактируют с клыками верхней челюсти
Г) контактируют с боковыми резцами верхней челюсти

765.ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С(СО)
А) продольными фиссурами верхних
Б) щечными бугорками верхних
В) небными бугорками верхних
Г) вестибулярными поверхностями верхних

766.РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) небной поверхностью
Б) режущим краем
В) вестибулярной поверхностью
Г) апроксимальной поверхностью

767.БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) больше альвеолярной дуги
Б) меньше альвеолярной дуги на 5 мм
В) равна альвеолярной дуге
Г) меньше альвеолярной дуги на 3 мм

768.ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ
А) I - II - IV - III – V
Б) I - II - III - IV – V
В) II - I - III - IV – V
Г) I – II – V – IV – III

769.ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ
А) нижних или верхних боковых зубов в щечно
Б) нижних или верхних боковых зубов в орально
В) только верхних боковых зубов в орально
Г) нижних передних зубов орально

770НЕБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ
А) в продольной фиссуре нижних моляров
Б) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
В) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
Г) на одном уровне с щечными бугорками нижних моляров

771.ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 6ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ
А) в одной вертикальной плоскости
Б) с мезиальной ступенькой
В) с дистальной ступенькой
Г) с латеральной ступенькой

772.ЗАДЕРЖКА СМЕНЫ ЗУБОВ
А) персистенция
Б) гиперодонтия
В) скученное положение
Г) гиподонтия

773.ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ – ЭТО
А) гиподонтия
Б) персистенция
В) гиперодонтия
Г) ретенция

774.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ
А) супра-
Б) оральное
В) инфра-
Г) вестибулярное

775.ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО
А) вестибулярное
Б) медиальное
В) латеральное
Г) транспозиция

776.АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ
А) количества
Б) размера
В) структуры твердых тканей
Г) формы

777.ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ
А) количества
Б) размера зубных рядов
В) положения
Г) смыкания зубных рядов

778.НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ
А) количества
Б) размера
В) формы
Г) положения

779.РЕТЕНЦИЯ - ЭТО АНОМАЛИЯ
А) сроков прорезывания
Б) количества
В) формы
Г) размера

780.СУЖЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА – ЭТО АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ
А) трансверсальном
Б) вертикальном
В) сагиттальном
Г) вертикальном и сагиттальном

781.К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ
А) физиологическая ретрогения
Б) физиологическая прогения
В) обратная резцовая окклюзия
Г) физиологическая прогения

782.ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ
А) переднего и заднего
Б) заднего
В) переднего
Г) мозгового и лицевого

783.МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ
А) мозговой и лицевой
Б) челюстной и лобный
В) верхний и нижний
Г) затылочный, лобный, челюстной

784.ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО
А) вестибулярное
Б) оральное
В) мезиальное
Г) дистальное

785.НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО
А) оральное

Б) мезиальное
В) супраположение
Г) вестибулярное

786.ЛИНГВАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО
А) оральное
Б) дистальное
В) инфраположение
Г) вестибулярное

787.ОККЛЮЗИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ, СТАТИЧЕСКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) физиологическая
Б) мезиальная
В) дистальная
Г) перекрестная

788.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ - СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО КЛАССУ ЭНГЛЯ
А) 1
Б) 2 классу 1 подклассу
В) 3
Г) 2 классу 2 подклассу

789.ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ
А) обратную резцовую
Б) вертикальную резцовую дизокклюзию
В) глубокую резцовую дизокклюзию
Г) дистальную

790.РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ
А) сагиттальную резцовую
Б) глубокую резцовую
В) обратную резцовую
Г) трансверсальную резцовую

791.ТРАНСВЕРСАЛЬНУЮ РЕЗЦОВУЮ ОККЛЮЗИЮ ОТНОСЯТ К АНОМАЛИЯМ В ОТДЕЛЕ
А) переднем
Б) боковом
В) нижнем боковом
Г) верхнем боковом

792.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
А) дистальная
Б) сагиттальная резцовая
В) обратная резцовая
Г) трансверсальная резцовая

793.АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА - СМЕЩЕНИЕ КЗАДИ
А) дистальное
Б) вестибулярное
В) тортаномалия
Г) супра-

794.ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА ПОСЛЕ 13 ЛЕТ – ЭТО АНОМАЛИЯ
А) сроков прорезывания
Б) количества
В) положения
Г) формы

795.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
А) вертикальная резцовая дизокклюзия

Б) сагиттальная резцовая дизокклюзия
В) обратная резцовая дизокклюзия
Г) дистальная

796.УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ
А) микродентия
Б) гиподентия
В) гиперодентия
Г) транспозиция

797.УМЕНЬШЕНИЕ МЕДИОЛАТЕРАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ
А) микродентия
Б) гиподентия
В) гиперодентия
Г) транспозиция

798.БИПРОТРУЗИЯ
А) протрузия резцов верхнего и нижнего зубных рядов
Б) ретрузия резцов
В) обратная резцовая окклюзия
Г) обратная резцовая дизокклюзия
799.ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном
В) трансверсальном, сагиттальном и вертикальном
Г) трансверсальном

800.УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ - АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном
В) трансверсальном
Г) сочетанном

801.ПРОТРУЗИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ - ПОЛОЖЕНИЕ
А) вестибулярное
Б) оральное
В) тортоположение
Г) транспозиция

802.БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ
А) дистальной
Б) дизокклюзии
В) перекрестной
Г) мезиальной

803.МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ - АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном и трансверсальном
В) трансверсальном
Г) сагиттальном и трансверсальном

804.СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ – ЭТО
А) мезиальная окклюзия
Б) вертикальная резцовая дизокклюзия
В) дистальная окклюзия
Г) глубокая резцовая окклюзия

805.СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ ЭНГЛЯ
А) I
Б) II классу 1 подклассу
В) III
Г) II классу 2 подклассу

806.ПРОТРУЗИЯ - АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном
В) трансверсальном

Г) сочетанном

807.ОТСУТСТВИЕ ЗАЧАТКА ЗУБА
А) адентия
Б) латеральное положение резцов, диастема
В) скученное положение
Г) трема

808.ПАЛАТОКЛЮЗИЯ - АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ
А) трансверсальном
Б) вертикальном
В) сагиттальном
Г) сагиттальном и трансверсальном

809.ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКОРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) глубокой резцовой окклюзии
В) обратной резцовой дизокклюзии
Г) трансверсальной резцовой окклюзии

810.ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИВОДИТ К
А) диастеме
Б) тремам
В) тортоаномалии
Г) транспозиции

811.ДИАСТЕМА - АНОМАЛИЯ
А) положения центральных резцов
Б) формы зубных рядов
В) размеров челюстных костей
Г) смыкания зубных рядов

812.ПОВОРОТ ПО ОСИ
А) тортоаномалия
Б) транспозиция
В) вестибулярное положение
Г) оральное положение

813.ГИПОПЛАЗИЯ - АНОМАЛИЯ
А) структуры твердых тканей
Б) положения
В) формы
Г) количества

814.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ
А) к моменту рождения
Б) до образования нѐба
В) к моменту прорезывания первых зубов
Г) не формируется

815.ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ОТДЕЛАМИ
А) мозговым, лицевым, шейным
Б) мозговым
В) лицевым
Г) шейным

816.ЗОНОЙ РОСТА ШВА ЯВЛЯЕТСЯ СЛОЙ
А) камбиальный
Б) капсулярный
В) наружный и внутренний слои перепончатой ткани
Г) средняя зона шва

817.ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ
А) 2-х
Б) 3-х
В) не дифференцируется
Г) 4-х

818.В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ
А) 4-х
Б) 2-х
В) 6-и
Г) 8-и

819.В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ ПО
А) 2 антагониста
Б) 1 антагонисту
В) контактируют с резцами
Г) контактируют с вторыми премолярами

820.ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 11 И 21 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) диастемы
Б) тремы
В) диастемы и тремы
Г) макродентии

821.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ
А) супраположение
Б) инфраположение
В) латеральное
Г) мезиальное

822.АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ
А) количества
Б) формы
В) размера
Г) структуры твердых тканей

823.ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ
А) количества зубов
Б) смыкания зубных рядов
В) размера зубных рядов
Г) положения зуба

824.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЯЗЫЧНО
А) лингво-
Б) тортоаномалия
В) супра-
Г) вестибуло-

825.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЕБНО
А) оральное
Б) мезиальное
В) дистальное
Г) лингвальное

826.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
А) трансверсальная резцовая окклюзия
Б) глубокая резцовая окклюзия
В) обратная резцовая окклюзия
Г) сагиттальная резцовая окклюзия

827.АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ И ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЯХ
А) вестибулярное и супраположение
Б) инфра- и супраположение
В) оральное и вестибулярное
Г) дистальное и мезиальное

828.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
А) глубокая резцовая окклюзия
Б) сагиттальная резцовая дизокклюзия
В) обратная резцовая окклюзия
Г) трансверсальная резцовая окклюзия

829.ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) все перечисленное
Б) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешний осмотр
В) специальные методы диагностики
Г) клиническое обследование

830.С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) ТРГ - боковая проекция
Б) ТРГ - прямая проекция
В) ортопантомограмму
Г) томографию ВНЧС

831.ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) ортопантомографию
Б) ТРГ - прямую проекцию
В) томографию ВНЧС
Г) ТРГ – боковую проекцию

832.АНОМАЛИИ РАЗМЕРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
А) ТРГ в боковой проекции
Б) ортопантомографии
В) панорамной рентгенографии
Г) ТРГ прямая проекция

833.ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К
А) задержке роста нижней челюсти
Б) выдвижению нижней челюсти
В) нарушению прорезывания зубов
Г) нарушению положения зубов

834.ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
А) наличия зачатков постоянных зубов
Б) длины нижней челюсти
В) длины верхней челюсти
Г) ширины зубных рядов

835.НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К
А) диастеме
Б) ограничению подвижности нижней губы
В) увеличению подвижности зубов
Г) тремам

836.ПРИЧИНА ДИАСТЕМЫ
А) адентия боковых резцов
Б) неправильное вскармливание
В) рахит
Г) сужение зубных рядов

837.РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 63 ПРИВОДИТ К
А) мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
Б) травме зачатка постоянного зуба
В) дистальному смещению боковых зубов
Г) деминерализации одноименного зачатка

838.ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА
А) горизонтальный
Б) вертикальный
В) вышеперечисленные
Г) нейтральный

839.НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ ЗУБА
А) положения

Б) размера
В) формы
Г) структуры

840.НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) латерального положения центральных резцов, диастемы
Б) ретенции центральных резцов верхней челюсти
В) транспозиции резцов
Г) дистальной окклюзии

841.ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 16
А) преждевременное удаление 55
Б) макродентия нижних зубов
В) сверхкомплектный зуб в области 45
Г) давление зачатка 47

842.ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ
А) нарушение функции языка
Б) прикусывание щеки
В) сон с запрокинутой головой
Г) нестершиеся бугры временных клыков

843.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) мезиальной окклюзии
В) протрузии нижних резцов
Г) глубокой резцовой дизокклюзии

844.К МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ
А) верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
Б) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
В) верхняя прогнатия
Г) нижняя ретрогнатия

845.ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) сужение и укорочение зубного ряда
Б) макроглоссия
В) микродентия
Г) макрогнатия

846.НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 15 И 25 ОБУСЛОВЛЕНО
А) сужением и укорочением верхнего зубного ряда
Б) макродентией зуба 12
В) недоразвитием нижней челюсти
Г) смещением верхней челюсти

847.ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРОВОДИТ К
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) мезиальной окклюзии
В) глубокой резцовой окклюзии
Г) дистальной окклюзии

848.ПРИКУСЫВАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К
А) протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
Б) травме языка
В) выдвижению нижней челюсти
Г) прикусыванию щек

849.ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВИЛАСЬ ПРИЧИНОЙ
А) ретрузии нижних резцов
Б) формирования трансверсальной аномалии окклюзии
В) смещения средней линии
Г) смещения нижней челюсти латерально

850.ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВИЛАСЬ ПРИЧИНОЙ
А) сагиттальной резцовой дизокклюзии
Б) прямой резцовой окклюзии
В) глубокой резцовой окклюзии

Г) глубокой резцовой дизокклюзии

851.ПОЗДНЯЯ СМЕНА ЗУБА 63 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) вестибулярного прорезывания 23
Б) сужения зубного ряда
В) транспозиции 23
Г) адентии 12

852.УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ СОЗДАЕТ
А) дефицит места
Б) избыток места
В) не влияет
Г) нормализует окклюзию

853.ПРИЧИНОЙ БИАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ
А) макроглоссия
Б) микроглоссия
В) микродентия
Г) гипертонус круговой мышцы рта

854.К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
А) микродентия
Б) микрогнатия
В) макроглоссия
Г) глоссоптоз

855.НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ
А) экзогенным общим
Б) эндогенным общим
В) экзогенным местным
Г) эндогенным местным

856.К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
А) макродентия
Б) микрогнатия
В) макроглоссия
Г) макрогнатия

857.ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ МОЖЕТ БЫТЬ
А) низко прикрепленная уздечка верхней губы
Б) макродентия
В) укороченная уздечка языка
Г) мелкое преддверие полости рта

858.РАННЯЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
А) наклону соседних зубов в сторону дефекта
Б) удлинению зубной дуги
В) диастеме
Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

859.ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ
А) протрузия передней группы зубов верхней челюсти
Б) дизокклюзияв боковых отделах
В) носовое дыхание
Г) чрезмерное развитие нижней челюсти

860.ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЙ
А) неврологических
Б) эстетических
В) травматических
Г) социальных

861.ПРИЧИНА ТРЕМ
А) микродентия
Б) широкая уздечка уздечка языка
В) сужение зубных рядов
Г) нарушения окклюзии

862.НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К АНОМАЛИИ ЗУБНОГО РЯДА
А) сужению верхнего
Б) расширению нижнего
В) укорочению нижнего
Г) уплощению верхнего во фронтальном отделе

863.ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А) зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
Б) тортоаномалии зубов
В) нарушения развития твердых тканей
Г) наличия сверхкомплектных

864.РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 53 ПРИВОДИТ К
А) мезиальному смещению боковых зубов
Б) травме зачатка постоянного зуба 23
В) травме зачатка постоянного зуба 13
Г) деминерализации одноимѐнного зачатка

865.РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА
А) положение языка
Б) размеры зубов
В) положение уздечки верхней губы
Г) форму зубов

866.ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И АДЕНОИДЫ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ
А) палатиноокклюзии
Б) мезиальной окклюзии
В) глубокой резцовой окклюзии
Г) обратной резцовой окклюзии

867.К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ CROUSON ОТНОСЯТ
А) резкое недоразвитие среднего отдела лица
Б) чрезмерное развитие нижней челюсти
В) чрезмерное развитие верхней челюсти
Г) резкое недоразвитие верхнего участка лица

868.РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) синдром Crouson
Б) краниоключичныйдизостоз
В) синдром Франческетти
Г) гипогидротическаяэктодермальная дисплазия

869.УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО – СЛЕДСТВИЕ
А) чрезмерного вертикального роста челюстей
Б) чрезмерного горизонтального роста челюстей
В) нейтрального роста
Г) недоразвития верхней челюсти

870.ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА
А) вертикального
Б) горизонтального
В) вышеперечисленных
Г) нейтрального

871.ПРИЧИНА МИКРОДЕНТИИ
А) генетически детерминированный фактор
Б) низкое прикрепление уздечки верхней губы
В) свехкомплектный зуб
Г) нарушение функции глотания

872.АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ:
А) палатиноокклюзия
Б) мезиальная окклюзия
В) глубокая резцовая окклюзия
Г) биальвеолярнаяпротрузия

873.АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА
А) мезиальным смещением боковых зубов
Б) нарушением функции языка
В) укороченной уздечкой языка
Г) микродентией клыка

874.УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО
А) зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
Б) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
В) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
Г) протрузией резцов

875.ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ
А) нижняя морфологическая высота лица
Б) ширина лица
В) средняя морфологическая высота лица
Г) глубина лица

876.К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТСЯ
А) токсикозы 1-го триместра беременности
Б) вредные привычки ребенка
В) родовая травма
Г) искусственное вскармливание

877.НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ВЛИЯЕТ НА ФОРМУ ЗУБНОГО РЯДА
А) верхнего
Б) уплощение нижнего в переднем отделе
В) сужение нижнего
Г) расширению нижнего

878.ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ ОККЛЮЗИИ:
А) дистальной
Б) перекрѐстной
В) мезиальной
Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

879.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ
А) сужение верхнего зубного ряда
Б) дистопия
В) ретенция
Г) бипротрузия

880.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ФОРМЫ ЗУБНОГО РЯДА
А) верхнего и нижнего в переднем отделе
Б) нижнего в транверсальном направлении
В) верхнегов боковом
Г) укорочению верхнего

881.АДЕНОИДНЫЙ ТИП ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОККЛЮЗИИ
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) мезиальной
В) нейтральной
Г) дистальной

882.ПРИВЫЧКА ДЕТЕЙ ПОДКЛАДЫВАТЬ РУКУ ПОД ПОДБОРОДОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОККЛЮЗИИ
А) дистальной
Б) палатино-
В) вертикальной резцовой дизокклюзии
Г) мезиальной

883.ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

А) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
Б) пластикой уздечки верхней губы
В) удалением зубов по методу Хотца
Г) пластикой уздечки нижней губы

884.СИПТОМОМ ГИПЕРТОНУСА КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) симптом напѐрстка в области подбородка при глотании
Б) надподбородочная складка
В) выступание верхней губы
Г) выступание нижней губы

885.ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) зубоальвеолярное удлинение в области жевательной группы зубов
Б) зубоальвеолярное удлинение в области передней группы зубов
В) ретрузия резцов
Г) протрузия резцов

886.ПРИЧИНОЙ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ
А) одностороннее сужение зубного ряда
Б) функции глотания
В) функции дыхания
Г) гипотонус круговой мышцы рта

887.ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ
А) вертикальном
Б) сагиттальном
В) трансверсальном
Г) трансверсальном, сагиттальном

888.ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
В) вертикальном
Г) трансверсальном

889.МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ
А) сагиттальном
Б) вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
В) вертикальном
Г) трансверсальном

890.ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
А) микродентия зубов верхней челюсти
Б) мелкое преддверие полости рта
В) укороченная уздечка языка
Г) ротовое дыхание

891.ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) симтом напѐрстка
Б) зубоальвеолярное укорочение фронтального участка нижней челюсти
В) вогнутая форма профиля лица
Г) увеличение нижней трети лица

892.ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) нарушенная функция языка
Б) низкое прикрепление уздечки верхней губы
В) мелкое преддверие
Г) адентия

893.ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ
А) зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе
Б) миодинамического равновесия
В) функции глотания

Г) функции дыхания

894.ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) привычка подкладывать руку под подбородок
Б) нарушение функции языка
В) нарушение носового дыхания
Г) фонетические нарушения

895.ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов
Б) симптом наперстка
В) интрузия резцов
Г) экструзия моляров

896.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОККЛЮЗИИ
А) дистальной
Б) мезиальной
В) глубокой резцовой
Г) гипертонуса жевательных мышц

897.ПРИЧИНА ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА 13
А) персистентный 53
Б) нарушение функции глотания
В) нарушение функции дыхания
Г) адентия временных моляров

898.ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ
А) ранняя потеря временных клыков
Б) сверхкомплектные зубы
В) дистальная окклюзия
Г) глубокая резцовая окклюзия

899.ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗООККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ
А) вертикальном
Б) вертикальном, трансверсальном
В) сагиттальном
Г) трансверсальном

900.СИМПТОМ «НАПЕРСТКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия
Б) низком прикреплении уздечки верхней губы
В) диастеме
Г) тремах

901.ВЯЛЫЙ ТИП ЖЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К
А) скученному положению зубов
Б) тремам
В) диастеме
Г) адентии зубов

902.ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОСКИ-ПУСТЫШКИ ПРИВОДИТ К
А) сагиттальной резцовой дизокклюзии
Б) мезиальной окклюзии
В) ретрузии резцов верхнего зубного ряда
Г) обратной резцовой дизокклюзии

903.ОДНА ИЗ ПРИЧИН ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ
А) нестираемость бугров временных клыков
Б) укорочение уздечки языка
В) инфантильный тип глотания
Г) вялое жевание

904.ДЛЯ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО
А) гиподентия
Б) макродентия

В) гипердентия
Г) наличие всех зачатков постоянных зубов

905.ПРИЧИНОЙ УПЛОЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) укорочение уздечки языка
Б) задержка прорезывания постоянных зубов
В) сужение зубных рядов
Г) ретенция зубов

906.ДИАСТЕМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АНОМАЛИИ
А) положения зубов
Б) макродентии
В) микрогнатии
Г) палатинооккклюзии

907.САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА
А) протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти
Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
В) протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти
Г) ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

908.СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРОВОДИТ К
А) скученному положению резцов
Б) персистенции
В) гиперодонтии
Г) гиподонтии

909.ПРИЧИНА УКОРОЧЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА - СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ
А) мезиально
Б) вестибулярно
В) латерально
Г) транспозиция

910.ОБРАТНАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА
А) ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти
Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
В) протрузией резцов нижней челюсти
Г) протрузией резцов верхней челюсти,ретрузией резцов нижней челюсти

911.МАКРОДЕНТИЯ - АНОМАЛИЯ
А) размера
Б) формы
В) положения
Г) все вышеперечисленное

912.ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ
А) NL
Б) ML
В) NSL
Г) FH

913.ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ
А) Or-Po
Б) N-S
В) Ar-Go
Г) Go-Pg

914.ГОНИАЛЬНЫЙ УГОЛ ОБОЗНАЧАЕТСЯ
А) Go
Б) Ar
В) Co
Г) Po

915.ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ПОДБОРОДКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ
А) Pg
Б) D) Me

В) Ar
Г) Go

916.НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) A
Б) B
В) Me
Г) Pg

917.НАИБОЛЕЕ УГЛУБЛЕННАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) B
Б) Pg
В) Me
Г) A

918.ЛИНИЯ NS СООТВЕТСТВУЕТ ПЛОСКОСТИ
А) переднего отдела основания черепа
Б) основания нижней челюсти
В) основания верхней челюсти
Г) эстетической по Rikets

919.ТОЧКА Ar РАСПОЛОЖЕНА НА
А) заднем контуре суставной головки нижней челюсти
Б) переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
В) переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
Г) вершине суставной головки нижней челюсти

920.ТОЧКА Me СООТВЕТСТВУЕТ
А) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
Б) вершине суставной головки
В) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
Г) передней точке подбородочного выступа

921.ТОЧКА Pt ЯВЛЯЕТСЯ
А) верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели
Б) серединой турецкого седла
В) нижней точкой края орбиты
Г) верхней точкой наружного слухового прохода

922.ТОЧКА ЦЕНТРА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА
А) S
Б) Po
В) Pt
Г) Ba

923.ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) Sna
Б) Snp
В) Go
Г) Co

924.ЗАДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) Snp
Б) Co
В) Go
Г) Sna

925.ТОЧКА А ЯВЛЯЕТСЯ
А) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
Б) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
В) передней точкой носолобного шва
Г) центром турецкого седла

926.ТОЧКА Go ЯВЛЯЕТСЯ
А) точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
Б) передней точкой апикального базиса нижней челюсти
В) вершиной суставной головки
Г) передней точкой подбородочного выступа

927.ТОЧКА Pg СООТВЕТСТВУЕТ
А) передней точке подбородочного выступа
Б) нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
В) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
Г) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

928.ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПАРАМЕТР
А) U1 – NL
Б) U6 – NL
В) L1 – ML
Г) L1 – ML

929.С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) ТРГ - боковая проекция
Б) ТРГ - прямая проекция
В) ортопантомограмму
Г) томографию ВНЧС

930.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ
А) инфраположение
Б) оральное
В) дистальное
Г) вестибулярное

931.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
А) вестибулокклюзия
Б) глубокая резцовая окклюзия
В) обратная резцовая окклюзия
Г) обратная резцовая дизокклюзия

932.ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА
А) вестибуло-оральный
Б) мезио-дистальный
В) лабио-лингвальный
Г) лабио-латеральный

933.РОТИРОВАННЫЙ МОЛЯР ИЛИ ПРЕМОЛЯР ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ
А) больше места
Б) меньше места
В) ротация не имеет значения
Г) положение зависит от расположения передних зубов

934.РОТИРОВАННЫЙ РЕЗЕЦ ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ
А) меньше места
Б) больше места
В) ротация не имеет значения
Г) зависит от направления ротации

935.ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ
А) ротация
Б) торк
В) ангуляция
Г) инклинация

936.ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА
А) медио-латеральный
Б) вестибуло-оральный
В) межрезцовый угол
Г) лабио-латеральный

937.ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА
А) ТРГ головы в прямой проекции
Б) ортопантомограмме
В) ТРГ головы в боковой проекции
Г) панорамной рентгенограмме

938.С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО
А) устранение вредных привычек
Б) ретенция результатов после ортодонтического лечения
В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
Г) углубление преддверия полости рта

939.ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ
А) вестибулярную пластинку
Б) моноблок Андрезена-Гойпля
В) пластинку Рейхенбаха-Брюкля
Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

940.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ
А) устранить вредные привычки
Б) переместить боковые зубы дистально
В) изменить наклон моляров
Г) предупредить смещение моляров дистально

941.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ
А) предупредить прокладывание языка между зубами
Б) переместить боковые зубы дистально
В) изменить наклон моляров
Г) предупредить смещение моляров мезиально

942.УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ
А) вестибуляной пластинки Хинца
Б) пластинки с протрагирующими пружинами
В) аппарата Брюкля
Г) регулятора функции Френкеля

943.ПРЕДУПРЕДИТЬ ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ МОЖНО
С ПОМОЩЬЮ
А) вестибуляной пластинки Хинца
Б) пластинки с протрагирующими пружинами
В) аппарата Брюкля
Г) регулятора функции Френкеля

944.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ
ПЛОСКОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ
А) лечебно-профилактическим
Б) ретенционным
В) профилактическим
Г) капповым

945.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА
ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ
А) лечебно-профилактическим
Б) профилактическим
В) ретенционным
Г) капповым

946.ПРОФИЛАКТИКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ
АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) устранение вредных привычек, нормализация функции дыхания и глотания
Б) расширение зубных рядов
В) смещение нижней челюсти вперед
Г) устранение диастемы

947.ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) сужения верхнего зубного ряда
Б) адентии
В) ретенции зубов
Г) лингвооклюзии

948.ИНФАНТИЛЬНОЕ ГЛОТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) макроглоссии
В) множественного кариеса

Г) дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

949.ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМА ДЛЯ
А) нормализации положения 11 и 21
Б) нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
В) устранения инфантильного глотания
Г) нормализации артикуляции языка

950.ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
А) 3-6
Б) до года
В) 12-14
Г) 14-18

951.ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУГРОВ МОЛОЧНЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ
А) профилактики аномалий окклюзии
Б) эстетического эффекта
В) стимуляции прорезывания постоянных зубов
Г) профилактики ретенции зубов

952.ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ С ЗАМЕЩЕНИЕМ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ
А) стимуляции прорезывания постоянных зубов, нормализации функции жевания, сохранения места для постоянных зубов
Б) расширения нижнего зубного ряда
В) сдерживания роста апикального базиса нижней челюсти
Г) сдерживания роста апикального базиса верхней челюсти

953.УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) уплощения переднего участка нижнего зубного ряда
Б) задержке прорезывания постоянных зубов
В) сужения верхнего зубного ряда
Г) лингвоокклюзии

954.УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
А) нарушения глотания
Б) задержке прорезывания постоянных зубов
В) сужению верхнего зубного ряда
Г) лингвоокклюзии

955.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
А) 5-7
Б) 10-18
В) 18-25
Г) 0-3

956.ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ
А) функциональные нарушения
Б) адентия
В) макродентия
Г) задержка прорезывания зубов

957.С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
Б) мостовидный протез
В) аппарат Френкеля
Г) аппарат Персина

958.ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
А) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
Б) мезиальной окклюзии
В) вертикальной резцовой дизокклюзии
Г) дистальной окклюзии

959.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
А) протрузии верхних резцов
Б) ретрузии резцов верхнего зубного ряда
В) мезиальной окклюзии
Г) ретрузии нижних и верхних резцов

960.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА С УПОРОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ
А) вертикальной резцовой дизокклюзии
Б) дистальной
В) мезиальной
Г) трансверсальной резцовой

961.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПРЕДУПРЕЖДАЕТ
А) прокладывание языка между зубными рядами
Б) смещение нижней челюсти вперед
В) смещение нижней челюсти назад
Г) адентию

962.ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ
А) мезиальной
Б) дистальной
В) трансверсальной резцовой
Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

963.ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3х до 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
А) преортодонтического миотрейнера
Б) капп
В) небного бюгеля
Г) квадхеликса

964.СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО ВОЗРАСТА (ЛЕТ)
А) до года
Б) до 3-х
В) 4- х
Г) 5-ти

965.ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧКИ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ
А) преортодонтического миотрейнера
Б) небного бюгеля
В) аппарата Pendulum
Г) пластинки с накусочной площадкой

966.ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО
А) 5-ти лет
Б) до 3-х лет
В) 4- х лет
Г) 12 мес

967.ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ УСТРАНЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
А) преортодонтического миотрейнера
Б) небного бюгеля
В) аппарата Pendulum
Г) пластинки с накусочной площадкой

968.С ПОМОЩЬЮ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО ТРЕЙНЕРА ВОЗМОЖНО
А) устранение вредных привычек и расширение зубных рядов
Б) ретенция результатов после ортодонтического лечения
В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
Г) углубление преддверия полости рта

969.ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3-х ДО 5 ЛЕТ
А) преортодонтический миотрейнер

Б) моноблок Андрезена-Гойпля
В) пластинку Рейхенбаха-Брюкля
Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

970.ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НУЖДАЮТСЯ В
А) профилактических и лечебных мероприятиях
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

971.ПРИ УКОРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА НЕОБХОДИМО
А) хирургическое лечение
Б) профилактические мероприятия
В) лечебные мероприятия
Г) наблюдение

972.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В
А) профилактических мероприятиях
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

973.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ
А) устранить вредные привычки
Б) переместить боковые зубы дистально
В) изменить наклон моляров
Г) предупредить смещение моляров мезиально

974.ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С УПОРОМ ДЛЯ ЯЗЫКА ПОКАЗАНА ДЛЯ
А) предупреждения прокладывания языка между зубами
Б) перемещения боковых зубов дистально
В) изменения наклона моляров
Г) предупреждения смещения моляров мезиально

975.УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СМЕСТИТЬ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ
А) вестибуляной пластинки Хинца с наклонной плоскостью
Б) пластинки с протрагирующими пружинами
В) аппарата Брюкля
Г) регулятора функции Френкеля

976.ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ПОКАЗАН ПРИ
А) протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти
Б) недоразвити верхней челюсти
В) мезиальной окклюзии
Г) ретрузии резцов верхней челюсти

977.ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ
А) лечебно-профилактическим
Б) ретенционным
В) профилактическим
Г) каповым

978.ПЛАСТИКА УКОРОЧЕННОЙ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНО ПРИКРЕПЛЕННОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ
А) все перечисленное
Б) нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
В) устранения инфантильного глотания
Г) нормализации артикуляции языка

979.ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
А) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
Б) мезиальной окклюзии
В) вертикальной резцовой дизокклюзии
Г) дистальной окклюзии

980.С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО

УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
Б) мостовидный протез
В) регулятор функций Френкеля
Г) аппарат Персина

981.ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ И НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) пластинка Хинца с бусиной
Б) аппарат Андрезена-Гойпля
В) пластинка с накусочной площадкой
Г) расширяющая пластинка

982.ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
Б) мостовидный протез
В) аппарат Френкеля
Г) аппарат Персина

983.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В
А) консультации невролога
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

984.УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ
А) недоразвитии нижней челюсти
Б) сужении зубных рядов
В) мезиальной окклюзии
Г) верхней ретрогнатии

985.ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В
А) профилактических мероприятиях
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

986.ПРИВЫЧКА ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В
А) профилактических мероприятиях
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

987.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В
А) профилактических мероприятиях
Б) лечебных мероприятиях
В) хирургическом лечении
Г) наблюдении

988.ФУНКЦИЮ ГЛОТАНИЯ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ
А) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
Б) пластикой уздечки верхней губы
В) удалением зубов по методу Хотца
Г) пластикой уздечки нижней губы

989.ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ
А) устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания
Б) гигиену полости рта
В) рациональное питание
Г) только санацию полости рта

990.НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ
А) палатоокклюзии
Б) дистальной окклюзии
В) глубокой резцовой окклюзии
Г) трансверсальной резцовой окклюзии

991.ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ
А) щечное
Б) небное
В) лингвальное
Г) язычное

992.ЛИНГВООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ
А) язычное
Б) небное
В) щечное
Г) вестибулярное

993.ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ
А) небное
Б) лингвальное
В) щечное
Г) вестибулярное

994.ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ
А) транспозиция
Б) супраположение
В) вестибулярное
Г) инфраположение

995.В НОРМЕ ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ
А) по 2 антагониста
Б) по 1 антагонисту
В) смыкание с клыками
Г) смыкание с боковыми резцами

996.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО
А) язычное
Б) инфраположение
В) оральное
Г) вестибулярное

997.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ
А) вертикальная резцовая дизокклюзия
Б) перекрестная
В) вестибулоокклюзия
Г) дизокклюзия

998.ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО
А) вестибулярное
Б) инфраположение
В) вестибулярное и супраположение
Г) оральное

999.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ
А) супра-, инфра-
Б) медиальное
В) латеральное
Г) мезиальное

1000.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЕБНО
А) оральное
Б) мезиальное
В) супраположение
Г) дистальное

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. - Методамы планирования ортодонтического этапа комплексного лечения и реабилитации больных с основными стоматологическими заболеваниями с учетом индивидуальных особенностей организма, с использованием стоматологических современных материалов и конструкций лечебных аппаратов;
2. - Оформление необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.
3. - Выбор метода лечения
4. - Сравнительная оценка способов лечения.
5. - Построение индивидуального плана лечения.
6. - Обоснование необходимости применения хирургических, ортопедических лечебных мероприятий.
7. - Обоснование необходимости лечения в стационаре.
8. - Принятие решения о направлении пациента на лечение к другим специалистам.
9. - Принятии пациента с зубочелюстно-лицевой аномалией на диспансерное наблюдение и лечение.
10. - Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний
11. - Обучение пациентов и их родителей навыкам гигиены полости рта.
12. - Обучение беременной и кормящей матери режиму питания.
13. - Обучение родителей режиму питания здорового ребенка.
14. - Методика фторпрофилактики кариеса.
15. - Методы санитарного просвещения населения и медико-педагогического убеждения: проведение бесед, лекций для детей, их родителей, воспитателей и педагогов детских коллективов.
16. - Обучение детей лечебной гимнастике для мимических и жевательных мышц как методу профилактики зубочелюстных деформаций и аномалии.
17. - Лечение заболеваний
18. - Психологическая подготовка ребенка.
19. - Принятие решения о хирургическом лечении
20. - Обоснование целесообразности хирургического лечения с целью лечения зубочелюстных аномалий.
21. - Лечение ребенка с аномалиями зубочелюстной системы
22. - Сравнительная оценка возможных путей лечения.
23. - Построение индивидуальной схемы лечения.
24. - Обоснование необходимости лечебной гимнастики.
25. - Обоснование необходимости и выбор метода аппаратурного лечения.
26. - Обоснование хирургического лечения.
27. - Ретенционный период лечения.
28. - Наблюдение за эффективностью лечения и его корректировка.
29. - Оценка изменений статуса ребенка
30. - Оценка изменений заинтересованных органов и систем.
31. - Оценка изменений данных объективного исследования и других методов исследования.
32. - Общее положение данных об эффективности лечения и внесение коррективов.
33. - Принятие решения об излечении и прекращении лечения.
34. - Принятие решения о направлении ребенка на дальнейшее лечение к другим специалистам.
35. - Принятие решения о взятии ребенка на диспансерное наблюдение.
36. - Планировать ортодонтическое лечение больных:
37. с учетом индивидуальных особенностей клинического течения основных стоматологических заболеваний
38. с сопутствующими соматическими заболеваниями
39. у больных разных возрастных групп
40. с соблюдением современных требований медицинской этики и деонтологии;

41. - Методы обследования детей при массовых профилактических осмотрах детского населения.
42. - Запись зубной формулы ребенка и подростка с временными зубами, в период смены зубов, с постоянными зубами.
43. - Обозначение здоровых, кариозных, пломбированных и отсутствующих зубов.
44. - Методы исследования в челюстно-лицевой области
45. - Методы опроса (жалоба, анамнез).
46. - Методы осмотра и пальпации: исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек рта, зева, полости носа, коньюктивы.
47. - Изучение лицевых признаков зубочелюстных аномалий.
48. - Исследование размеров и формы верхней, средней и нижней частей лица.
49. - Исследование размеров и формы челюстей.
50. - Исследование функции височно-нижнечелюстных суставов, мышц челюстно-лицевой области и пародонта.
51. - Определение разновидности окклюзии.
52. - Исследование твердых тканей зубов.
53. - Исследование краевого пародонта.
54. - Использование инструментальных методов исследования больного
55. - Снятие оттисков с челюстей и получение их диагностических моделей из гипса.
56. - Изучение диагностических моделей челюстей: – метод Пона; – метод Коркхауза; – метод Герлаха; – метод Нансе; – метод Тона; – метод Долгополовой; – диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста; – изучение формы зубных рядов в зависимости от суммы мезиодистальных размеров 4, 6 и 12 зубов.
57. - Анализ рентгенограмм: а) прицельных рентгенограмм; б) панорамных рентгенограмм костей челюстей; в) ортопантомограмм челюстей; г) томограмм височно-нижнечелюстных суставов.
58. - Измерение телерентгенограмм головы, полученных в боковой проекции.
59. - Анализ телерентгенограмм головы.
60. - Анализ электромиограмм.
61. - Анализ аксиограмм.
62. - Диагностика аномалий зубочелюстной системы.
63. - Синтез и анализ данных, полученных при различных видах исследований, обобщение динамики заболевания и консультативных заключений специалистов: – заболевания твердых тканей зуба; – заболевания пульпы временного и постоянного зуба; – заболевания пародонта временного и постоянного зуба; – заболевания слизистой оболочки рта, губ, языка.
64. - Диагностика основных видов аномалий зубов.
65. - Диагностика основных видов аномалий положения зубов.
66. - Диагностика основных видов аномалий формы и величины зубных рядов.
67. -Диагностика основных видов аномальной окклюзии: – дистальной; – мезиальной; – перекрестной; – глубокой резцовой дизокклюзии; – глубокого резцового перекрытия; – вертикальной резцовой дизокклюзии; – при врожденном несращении неба и альвеолярного отростка; – сагиттальной резцовой дизокклюзии; – обратной резцовой окклюзии; – обратной резцовой дизокклюзии.
68. - Травма зуба.
69. - Травма челюстных костей.
70. - Травма мягких тканей и органов рта, лица и шеи.
71. - Врожденное несращение верхней губы и неба.
72. - Другие виды врожденной патологии лица и челюстей.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).
Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.
«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:
алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.
«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.
Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.
«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.77«Ортодонтия»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра Стоматологии

Специальность **31.08.77«Ортодонтия»**

код название специальности

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 1

1. Клинические методы обследования детей в ортодонтии. История болезни.

2.Диагностика аномалий положения зубов и принципы их лечения.

3.Лечение ортодонтическими аппаратами. Несъемные аппараты.

Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами. 21 – изменение цвета и истончение эмали на вестибулярной поверхности от режущего края до середины коронки, при зондировании эмаль гладкая, в пигментированном участке – дефект эмали. ИГПР = 2,8.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
4. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.
5. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 2

1. История развития ортодонтической стоматологии, вклад отечественных ученых в развитие отечественной ортодонтической стоматологии.

2.Диагностика аномалий количнства зубов и принципы их лечения.

3.Лечение ортодонтическими аппаратами. Съемные аппараты.

Ребёнок Р., 16 лет, жалуется на кровоточивость десен. В анамнезе – ортодонтическое лечение в течение двух лет. В полости рта: синюшность, отек десневых сосочков и маргинальной десны, деформация десневого края у фронтальных зубов нижней челюсти. Рецессия десны 32. Брекеты на нижних зубах, кроме 32, 43, дуга отсутствует. ИГПР = 3,5.

Задание.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?
2. Назовите причины данной клинической ситуации.
3. Составьте план комплексного лечения ребенка.
4. Какие предметы, средства и методы гигиены полости рта показаны в данной ситуации?
5. Назовите недостатки ортодонтического лечения с применением несъемной аппаратуры.

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 3

1. Санитарно-гигиенические требования к помещению для ортодонтического кабинета(площадь,освещение, высота, покрытие). Оборудование и оснащение ортодонтического аппарата.

2.Диагностика аномалий размеров зубов и принципы их лечения.

3.Челюстно-лицевая хирургия при лечении аномалий зубочелюстно-лицевой системы.

Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

1. Назовите имеющиеся аномалии.
2. Укажите, в какой плоскости классифицируется данная аномалия прикуса.
3. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
4. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?
5. Составьте план комплексного лечения пациента.

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 4

1. Организация работы клиники ортодонтии. Ортодонтическая лаборатория.Учет и документация в ортодонтии.

2.Диагностика аномалий сроков прорезывания зубов и принципы их лечения.

3.Протезирование при аномалиях зубочелюстно –лицевой системы у детей и подростков.

Родители жалуются на наличие обезображивающего дефекта лица новорождённого ребёнка К., затруднения при вскармливании. Ребёнок родился в срок, вес 3000 г. Из беседы с мамой выяснено, что на 3-ем месяце беременности она переболела ОРВИ, принимала антибиотики. На 6-ом месяце беременности перенесла стресс, была угроза выкидыша.

Задание:

1. Опишите местный стоматологический статус (statuslocalis). Укажите функциональные и анатомические нарушения, имеющие место у данного ребёнка.
2. Поставьте диагноз.
3. Предположите этиологический фактор данного порока.
4. Составьте план комплексной реабилитации ребёнка.
5. В какой помощи нуждается ребёнок в данный момент?

Утверждаю

Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев

(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 5

1. Нормальное развитие зубочелюстной системы.

2.Диагностика аномалий формы зубов и структуры их твердых тканей и принципы их лечения.

3.Ортодонтическая помощь при травме зубочелюстной области.

Ребёнок Р., 8 лет, находится на диспансерном наблюдении по поводу врождённой патологии лица. Родители

обратились для планирования дальнейшего лечения у ортодонта и хирурга.
Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите выполненные операции.
3. Какие методы диагностики необходимо провести для составления плана лечения?
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. В какие сроки будет планироваться хирургическое лечение?

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев

(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 6

1. Характеристика развития зубочелюстной системы после рождения ребенка.
2. Диагностика и лечение нарушений формы и размеров зубных рядов.
3. Устранение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития лица и челюстей.

Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на затруднения при приёме пищи, нарушение

звукопроизношения, нарушение эстетики лица. В полости рта на нижней челюсти справа отсутствуют все зубы, за исключением резцов, альвеолярная часть и тело нижней челюсти. В анамнезе хирургическое лечение.

Задание:

1. Опишите данные внешнего осмотра пациентки.
2. Назовите хирургическое вмешательство, проведённое пациентке.
3. Назовите возможные причины данной операции.
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. Каков прогноз данной клинической ситуации?

Утверждаю

Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев

(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 7

1. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация.

2.Диагностика и лечение аномалий в сагиттальном направлении.

3.Характеристика аппаратов механического лдействия.

Пациент С., 16 лет, находится на диспансерном учёте у ортодонта после лечения по поводу аномалии прикуса. Жалобы на кровоточивость десны во время чистки зубов.

Задание:

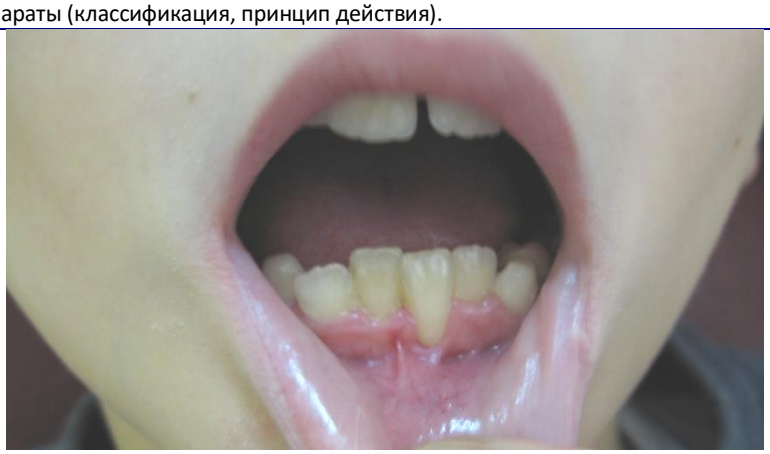
1. Опишите местный статус.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Сделайте предположения о причинах заболевания.
4. Назовите методы диагностики, которые можно использовать для уточнения диагноза.
5. Назначьте лечение.

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 8

1. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы.
2. Диагностика и лечение в вертикальном направлении.
3. Ортодонтические аппараты (классификация, принцип действия).



Пациент У., 8 лет. Жалобы: на эстетический недостаток, обнажение корня 31, которое постепенно увеличивается в течение 1,5 лет после прорезывания зуба. Объективно: КПУ = 2, ИГПР = 3; РМА = 16%; рецессия десны 31 = 2,5 мм

Задание:
6. Поставьте предварительный диагноз.
7. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
8. Составьте план комплексного лечения.
9. Перечислите составляющие комплекса профессиональной гигиены полости рта.
10. Какие методы лечения применяются для устранения тесного положения зубов у детей?

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

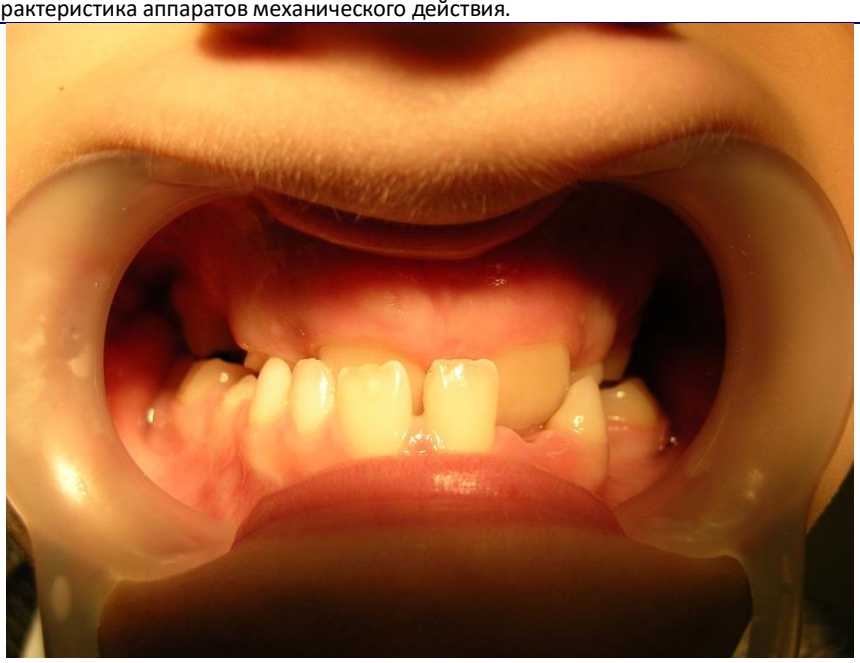
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 9

1. Современная классификация аномалий окклюзионных зубных рядов(Персин Л.С.).Терминология, применяемая в ортодонтии.

2.Диагностика сочетанных аномалий окклюзии зубных рядов.

3.Характеристика аппаратов механического действия.



Пациент Р. 7 лет . Жалобы на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно - нижняя треть лица снижена, наблюдается вертикальная стираемость верхних передних зубов.

Задания:
1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования
4. Какова этиология данной аномалии

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 10

1. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.

2.Диагностика аномалий дизокклюзии.

3.Характеристика аппаратов функционального действия.

Ребёнок Р., 16 лет, жалуется на кровоточивость десен. В анамнезе – ортодонтическое лечение в течение двух лет. В полости рта: синюшность, отек десневых сосочков и маргинальной десны, деформация десневого края у фронтальных зубов нижней челюсти. Рецессия десны 32. Брекеты на нижних зубах, кроме 32, 43, дуга отсутствует. ИГПР = 3,5.

Задание.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?
2. Назовите причины данной клинической ситуации.
3. Составьте план комплексного лечения ребенка.
4. Какие предметы, средства и методы гигиены полости рта показаны в данной ситуации?
5. Назовите недостатки ортодонтического лечения с применением несъемной аппаратуры.

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 11

1Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в раннем детском возрасте. Мышечная дисфункция у ребенка. Нарушение миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области. .

2.Диагностика и лечение аномалий челюстей (формы,размеров, расположения).

3.Характеристика аппаратов функционально-направляющего действия.

Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

1. Назовите имеющиеся аномалии.
2. Укажите, в какой плоскости классифицируется данная аномалия прикуса.
3. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
4. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?
5. Составьте план комплексного лечения пациента.

Утверждаю

Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев

(подпись)

«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 12

1. Классификации морфологические, функциональные, этиопатогенетические (Энгля, Симона, Катца, Калвелиса, Ильиной-Маркосян, Бетельмана, Канторовича, Каламкарова, Курляндского, кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ).

2.Диагностика и лечение аномалий окклюзии в трансверсальном направлении.

3.Характеристика аппаратов комбинированного действия.

Родители жалуются на наличие обезображивающего дефекта лица новорождённого ребёнка К., затруднения при вскармливании. Ребёнок родился в срок, вес 3000 г. Из беседы с мамой выяснено, что на 3-ем месяце беременности она переболела ОРВИ, принимала антибиотики. На 6-ом месяце беременности перенесла стресс, была угроза выкидыша.

Задание:

1. Опишите местный стоматологический статус (statuslocalis). Укажите функциональные и анатомические нарушения, имеющие место у данного ребёнка.
2. Поставьте диагноз.
3. Предположите этиологический фактор данного порока.
4. Составьте план комплексной реабилитации ребёнка.
5. В какой помощи нуждается ребёнок в данный момент?

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 13

1. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: вредные привычки у детей.
2. Показания к зубному протезированию в различные возрастные периоды.
3. Дозировка силы в ортодонтических аппаратах. Осложнения при ортодонтическом лечении.

Пациент К. 7лет . Жалобы на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно - речь не четкая, дыхание смешанное, выступание нижней челюсти вперед.
Задания:
1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования
4. Какова этиология данной аномалии

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

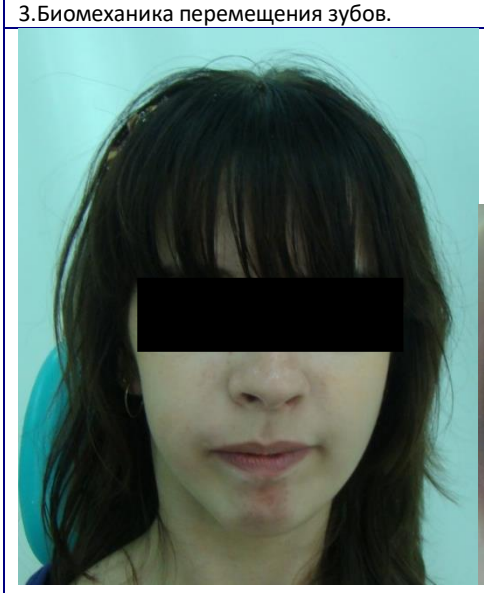
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 14

1. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в челюстно-лицевой области у ребенка (кариес временных зубов и его осложнения; травма и ее последствия; остеопороз; остемиелит).

2.Зубочелюстное протезирование у детей и подростков..

3.Биомеханика перемещения зубов.



Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на затруднения при приёме пищи, нарушение звукопроизношения, нарушение эстетики лица. В полости рта на нижней челюсти справа отсутствуют все зубы, за исключением резцов, альвеолярная часть и тело нижней челюсти. В анамнезе хирургическое лечение.

Задание:

1. Опишите данные внешнего осмотра пациентки.
2. Назовите хирургическое вмешательство, проведённое пациентке.
3. Назовите возможные причины данной операции.
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. Каков прогноз данной клинической ситуации?

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Экзаменационный билет № 15

1. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: нарушение функций дыхания, глотания, речи, жевания.

2.Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области.

3.Особенности несъемного протезирования в детском возрасте.

Пациент Р. 7 лет . Жалобы на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно - нижняя треть лица снижена, наблюдается вертикальная стираемость верхних передних зубов.

Задания:
1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования
4. Какова этиология данной аномалии

Утверждаю
Зав .кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии_____С.Б. Фищев
(подпись)
«__» _____ 20__года

Зав. кафедрой _____подпись _____ расшифровка
« ___ »_____20 __г.
М.П.